

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA ÖZ-BAKIM
GÜCÜ VE SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine HAS

İstanbul
Aralık - 2021

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA ÖZ-BAKIM
GÜCÜ VE SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emine HAS

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İstanbul

Aralık - 2021

Lisansüstü Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Dr. Öğr. Üyesi Zülfinaz ÖZER

Üye Dr. Öğr. Üyesi Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza
Prof. Dr. Metin TOPRAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü Ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Emine HAS

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda ve bana yardımcı olan, deneyimleri ile yol gösteren, etik değerleri, akademik yaklaşımı ve kişiliğini her zaman örnek aldığım, bir anne şefkati ile her zaman hoşgörülü ve sabırlı yaklaşan, çözüm sunan, yanında çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Tez çalışma sürecinde yardımını esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zülfinaz ÖZER'e,

Yüksek lisans tezimde gönüllü olarak araştırmaya katılan hastalara,

Hayatımın bütün dönemlerinde bana inanan, destek olan, bu günlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan ve kardeşi olmaktan gurur duyduğum, hakkını asla ödeyemeyeceğim canım ablam Hatice ARPACI'ya

Hayatıma büyük mutluluk veren ve tez sürecinde ilgimden mahrum kalan canım oğlum Hüseyin Emir HAS'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Emine Has
İstanbul – 2021

ÖZET
HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA ÖZ-BAKIM
GÜCÜ VE SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine HAS

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Aralık, 2021- 122 Sayfa

Araştırma hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma, İstanbul İlinde bulunan 4 diyaliz merkezinde 400 hastayla gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Student's-t test, One-way ANOVA test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis-H testi kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması $57,10 \pm 12,95$ olup, %41,3'ünün kadın, %47,7'si ilköğretim mezunudur. %58,7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %90'ına haftada 3 kez hemodiyaliz uygulaması yapıldığı görüldü. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam, İlaç Kullanımı, Diyet, Kendi Kendine İzlem, Hijyenik Bakım, Ruhsal Durum alt boyut puan ortalamaları sırayla, 28.54 ± 6.44 , 8.21 ± 2.41 , 6.52 ± 1.68 , 3.87 ± 1.86 , 6.63 ± 1.56 , 3.32 ± 1.74 olarak, Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplam, Anlam ve Umut, Önemseme ve Saygı alt boyut puan ortalamaları sırayla 68.16 ± 16.88 , 39.26 ± 11.02 , 28.90 ± 6.96 olarak bulundu. Hastaların cinsiyeti, öğrenim düzeyi, medeni durumu, ekonomik durumu, sağlık durumunu değerlendirme, hastalığın aile ilişkilerini etkileme değişkenlerine göre öz-bakım gücü düzeyleri farklılık gösterirken, ekonomik durumu değişkenine göre de spiritüel bakım gereksinimleri düzeyinin farklılık gösterdiği görüldü ($p < 0,05$). Hastaların öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimleri orta düzeyde olduğu saptandı. Hastaların öz-bakım gücünün iyileştirilmesini içeren uygulamaların geliştirilmesi ve spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması konusunda destek ve eğitim programlarının yapılması gerektiği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Öz-Bakım Gücü, Spiritüel Bakım, Hemşirelik.

ABSTRACT
EVALUATION OF SELF-CARE ABILITY AND SPIRITUAL
CARE NEEDS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

Emine HAS

Master of Science, Division of Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayse Nefise BAHÇECİK

December, 2021- 122 Pages

The study was conducted to evaluate the self-care ability and spiritual care needs in haemodialysis patients. This descriptive study was conducted with 400 patients haemodialysis in 4 dialysis centres in Istanbul. Patient Information Form, Self-Care Ability Scale and Spiritual Care Needs Scale were used to collect data. Descriptive statistics, Student's t-test, One-way ANOVA test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis-H test were used to evaluate the data. Patients' mean age was 57.10 ± 12.95 years, 41.3% of them were women and 47.7% were primary school graduates. 58.7% had average economic status, 90% had received haemodialysis 3 times a week. Patients' mean scores from the Self-Care Ability Scale and from the sub-dimensions Use of Medicine, Diet, Self-Monitoring, Hygienic Care, Mental Status were 28.54 ± 6.44 , 8.21 ± 2.41 , 6.52 ± 1.68 , 3.87 ± 1.86 , 6.63 ± 1.56 , 3.32 ± 1.74 , respectively. Their mean scores from the Spiritual Care Needs Scale total and from the sub-dimensions of Meaning and Hope, Care and Respect were 68.16 ± 16.88 , 39.26 ± 11.02 , 28.90 ± 6.96 , respectively. In the study, the self-care ability levels of the patients differed by their gender, education level, marital status, economic status, health status, and the effect of the disease on family relations, while the level of spiritual care needs differed by their economic status ($p < 0.05$). The self-care ability and spiritual care needs of the patients were found to be moderate. It may be suggested to develop practices that include improving the self-care ability of patients and to arrange support and training programs to identify and meet their spiritual care needs.

Keywords: Haemodialysis, Self-Care Ability, Spiritual Care, Nursing.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLARLİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERLİSTESİ.....	x
KISALTMALARLİSTESİ.....	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Böbrekler.....	5
2.2 Kronik Böbrek Yetmezliği	6
2.2.1.Epidemiyoloji.....	7
2.2.2. Fizyopatoloji	8
2.2.3. Risk Faktörleri ve Etiyolojisi.....	9
2.3. Tanısı ve Klinik Bulguları.....	10
2.4. Tedavisi	11
2.4.1. Diyalizin Tanımı ve Tarihçesi.....	12
2.4.1.1. Diyalize Başlama Endikasyonları.....	13
2.4.2. Periton Diyaliz	14

2.4.3. Hemodiyaliz.....	16
2.4.3.1.Hemodiyaliz Tedavisi	17
2.4.3.2..Hemodiyaliz Tedavisinin Bireylerin Yaşam Standartlarına Etkisi....	18
2.4.4. Transplantasyon.....	20
2.5. Öz-Bakım ve Öz-Bakım Gücü.....	22
2.6. Orem'in Öz-Bakım Teorisi... ..	24
2.6.1. Terapötik Öz Bakım Gereksinimleri	26
2.6.1.1. Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri... ..	26
2.6.1.2. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri.....	27
2.6.1.3. Sağlıktan Sapma Öz-Bakım Gereksinimleri.....	28
2.7. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım.....	29
2.8.Spiritüel Kavramı.....	30
2.9.Spiritüel Bakım	34
2.9.1. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik	37
2.9.2. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastalarda Spiritüel Bakım.....	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM	41
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	41
3.2. Araştırmanın Soruları.....	41
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	41
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.5. Veri Toplama Araçları	42
3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	42
3.5.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	43
3.5.3. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği	43
3.6. Verilerin Toplanması	43

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	44
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	44

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	45
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular	46
4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular	47
4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği İle İlgili Bulgular	49
4.4. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Bulgular	61
4.5. Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular	67

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	71
SONUÇ	82
KAYNAKLAR	84
EKLER	95
ÖZGEÇMİŞ	109

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı /Tanı Kriterleri	6
Tablo 2.2.Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	7
Tablo.2.3.Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri.....	9
Tablo 2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Bulguları	11
Tablo 2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyalize Başlama Endikasyonları.....	14
Tablo 2.6. Kronik Diyaliz Kontraendikasyonları.....	14
Tablo 2.7.Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları	20
Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Toplam ve Alt Boyut Dağılımı.....	49
Tablo 4.4. Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.5. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Toplam ve Alt Boyut Dağılımı	62
Tablo 4.6. Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri İle Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.7. Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Böbreğin Mikroskopik Görünümü.....	4
Şekil 2.2. Öz-Bakım Gücü Gereksinimleri	28
Şekil 4.1. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Önemsene ve Saygı ile Öz-Bakım Gücü Diyet Alt Boyut Puanları İlişki	68
Şekil 4.2. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Önemsene ve Saygı İle Öz Bakım Gücü Kendi Kendine İzlem Alt Boyut Puanları İlişki.....	69
Şekil 4.3. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Önemsene ve Saygı İle Öz Bakım Gücü Toplam Puan İlişki	70

KISALTMALAR LİSTESİ

BUN	: Kan Üre Azotu
BY	: Böbrek Yetmezliği
DM	: Diyaliz Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPO	: Eritropoietin
GFR	: Gromerül Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
TND	: Türk Nöroloji Derneği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KT/V	: Diyalizin vücut ölçüsüne göre düzenlenmiş üre klirensi
NFK-KDOQI	: National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative(Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzu)
PD	: Periton Diyaliz
RRF	: Rezidüel Renal Fonksiyon
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TODS	: Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi
UF	: Ultrafiltrasyon

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Böbrekler bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için çok sayıda önemli işlev gerçekleştirmektedir. Temel görevleri ise idrar ile birlikte vücutta oluşan toksin ve kreatinin vb. zararlı atık maddeleri vücuttan atarak bireylerin sağlığını korumaktır. Bu sebeple böbrekler bireyler için hayati bir önem arz etmektedir. Birçok nedene bağlı olarak zaman içerisinde böbreklerin fonksiyonlarını geri dönüşümsüz olarak kaybetmesi sonucu kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalığı ortaya çıkmaktadır (Gerçek, 2021).

Günümüzde büyüyen ve zamanla halk sağlığı problemi durumuna gelmiş olan KBY yükselen erken yaşam kayıplarına neden olmaktadır. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği sağlık sistemleri için önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Sağlık sistemleri; kalite, yeterlilik, iş gücü, sağlık hizmeti sunumu, tedaviye erişilebilirlik vb. noktalarda kronik böbrek yetmezliği sonuçları itibariyle sınanmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği sağlık sistemlerinin yanı sıra sonuçları itibariyle hastaları ve ailelerini; sosyal, ekonomik, psikolojik olarak da ayrıca etkilemektedir (Gerçek, 2021).

Kronik böbrek yetmezliği hastalığının tedavisi periton diyaliz, hemodiyaliz ve transplantasyon ile gerçekleştirilebilmektedir (Gerçek, 2021; Türko, 2020). Ülkemizde organ nakli ve bağışi kısıtlı olduğu için hastalara uygun böbrek bulunması yıllarca sürebilmektedir veya hiç bulunamamaktadır. Bu sebeple hastalığın tedavisi diyaliz ile sağlanmaktadır (Cesur, 2021; Gerçek, 2021).

Tüm dünyada ve ülkemizde kronik böbrek yetmezliği hastalığında çok yaygın şekilde uygulanan tedavi ise hemodiyaliz (HD) dir (Gerçek, 2021). HD'de tedavi böbreğin yerine getiremediği işlevlerin diyaliz makinesi ile gerçekleştirilmesidir. Tedavi süreci hastalığın evrelerine göre farklılık göstermektedir. Ancak genel olarak, hastalar haftada 3 kez 4-5 saat diyaliz makinesine bağlanarak hemodiyaliz tedavisi almaktadır ve hastalara nakil olmaz ise hayatları boyunca bu tedaviyi almaları gerekmektedir (Cesur, 2021).

Hemodiyaliz tedavisi bireylerin yaşam sürelerini uzatmaktadır ancak tedavi ile birlikte hasta yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkileyen birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir.

Hemodiyaliz tedavisinin beraberinde getirdiği fiziksel, psikolojik, sosyal vb. olumsuzluklar sebebiyle hastalar kendi yaşamlarını uygun ve gerekli kalitede yerine getirmekte zorluk çekmekte ve genellikle yardıma ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca hastaların psikolojik olarak da olumsuz etkilenmesinin hastalık sürecini de olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Cesur, 2021; Gerçek, 2021).

Ayrıca kronik böbrek yetmezliği hastalığı birçok hastalığı da beraberinde getirmektedir. Bu sebeple KBY önemli ve gün geçtikçe büyümekte olan halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir (Muz ve Eğlence ,2013).

KBY hastalığında en çok kullanılmakta olan hemodiyaliz tedavisinde, hastaların yaşam kaliteleri düşmekte ve bakıma ihtiyaç duyarak çoğu hasta başkalarına bağımlı yaşamlarını sürdürmektedir. Hastaların yaşam kalitelerini arttırabilmek ve standartlara uygun yaşamlarını sağlayabilmek bir ihtiyaç değil zorunluluktur. Her birey zorunlu olmayan durumlar dışında (sakatlık vb.) kendi yaşamını kendi idare ettirebilmelidir. Bu bağlamda hastaların hastalık sürecini daha iyi yönetebilmeleri ve yaşamlarını başkalarına bağılı olmadan devam ettirebilmeleri için hastaların öz-bakım gücünün ve spiritüel bakım gereksinimlerinin bilinmesi büyük bir önem taşımaktadır (Alemdar ve Pakyüz, 2015 ; Akpınar Bektaş, vd.,2019).

Öz bakım yıllar içerisinde gelişim gösteren etkili, bildirişim ve kültür ile kazanım sağlayan davranıştır. İnsanların yaşam için gerekli olan aktivitelerini ve iyilik durumlarını sürdürebilmeleri için sağlıklarını daha iyi korumaları öz-bakım iken, sağlıklarını koruma yetenekleri de öz-bakım gücü olarak adlandırılır. Hemodiyaliz uygulanan hasta bireylerin bakımlarını yerine getirebilme güçlerinin arttırılması ayrıca yaşam kalitelerinin daha iyi hale getirilmesi, morbadite, motalitenin ayrıca gelişecek olan komplikasyonların azaltılmasında önemli yoldur (Kirik, 2017).

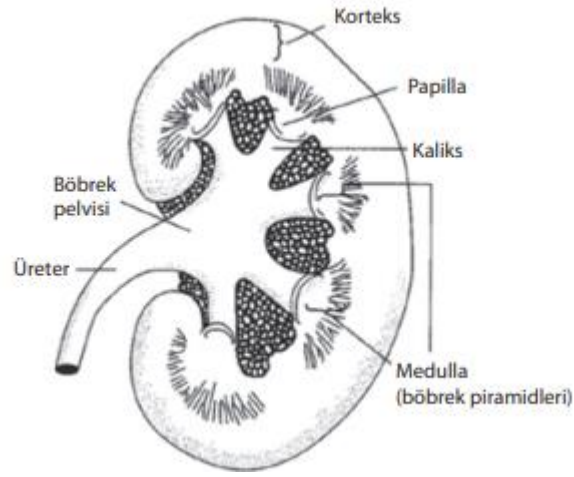
Bu bilgilerden yola çıkarak araştırma, hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

İKİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği hastalığında sık kullanılan bir tedavi yöntemidir, ilgili tedaviyi gören hastalar tedavinin yan etkileri doğrultusunda süreç boyunca birçok problem ile karşı karşıya kalmaktadır, bu problemlerin ise hastaları ve ailelerini fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal vb. birçok farklı noktalarda etkilediği bilinmektedir. Bu etkiler ise kişilerin yaşam kalitelerini standartlara uygun bir şekilde sürdürebilmesini zorlaştırmaktadır (Karabey ve Karagözoğlu, 2021). Belirtilen konular; genel kavram açıklamaları, öz-bakım, spiritüel bakım kavramları ve ilgili araştırmalar ile birlikte açıklanmaya çalışılmıştır.

2.1.Böbrekler

Böbrekler, retroperitoneal alanda bulunan 12. torakal vertebra ile 3. lomber vertebra arasında yer alan her biri yaklaşık kadınlarda 135, erkeklerde 150 (115-180) gram ağırlığına sahip olan organdır. Böbreklerin yetişkin bireylerdeki ebatları şöyledir: Eni 6-7 cm, derinliği 2,5-3 cm, uzunluğunda 12-13 cm düzeyindedir. Bu büyüklük bireylerin vücut yüzey alanları ile ilgilidir (Yeniçerioğlu, Güngör ve Arıcı 2019). Böbrekler mikroskopik incelemelerde en dış tabaka fibröz kapsül ve onun altında korteks dolayısıyla en iç tabakada da medulladan oluşur (Şekil 2.1.) (Yeniçerioğlu, Güngör ve Arıcı 2019).



Şekil 2.1: Böbreğin Mikroskopik Görünümü

Kaynak: Yeniçerioğlu, Güngör ve Arıcı (2019).

Böbreğin en küçük yapı birimi nefronlardır. Böbreklerde ortalama 2.000 000 nefron bulunmaktadır. Bu yapılar böbreklerin tek başlarına idrar yapabilme özelliğine sahip olan birimleridir (Kasırga, 2015). Bir nefronun yapısı glomerül, proksimal tübül, henle kulpu, distaltübül ve kollektör (toplayıcı) kanallardan oluşur. Glomerüller, proksimal ile distaltübüller kortekste, kollektör (toplayıcı) kanallar ile henle kulbunun bir bölümü ve vesa rectalar medullada bulunur (Yeniçerioğlu, Güngör ve Arıcı: 2019). Nefronların %80 ile %85'inin glomerülü korteksin dış ve orta bölümünde bulunmaktadır. Burada bulunan nefronların henle kulpları kısadır. Nefronların yüzde 15'inin glomerülü ise korteks ve medulla birleşim yerine yakın konumlanmıştır ve belirtilmekte olan bölümde bulunan nefronların henle kulpları daha uzundur (Altunören, Aydın ve Güngör, 2017).

Nefronların temel fonksiyonları vücutta bulunan atık maddeleri böbrekler içerisinde geçtiği zaman sürecinde plazma içerisinde temizlemek ve arındırmaktır. Bu durum için etkili olmakta olan temel durumlar, glomerüler filtrasyon, tübüler reabsorpsiyon ve tübüler sekresyondur (Kasırga, 2015).

Böbreğin fonksiyonları farklı böbrek rahatsızlıkları sebebiyle bozulabilir. Kronik böbrek hastalığında (KBH) fonksiyonların tamamında ilerleyici düzeyde yitim söz konusudur. Fonksiyon yitimi ile alakalı parametrelerin değerlendirilmesi böbrek hastalığının derecesi ile ilgili olarak bir fikir verse de; filtrasyon fonksiyonunun ölçülmesi; böbrek fonksiyonundaki yitimin derecesi ile ilgili doğrusal bir bağlantı ortaya koymaktadır (Altun ve Ok, 2017).

Böbreklerin kan akımı, istirahat durumunda kalp debisinin yaklaşık %20-25'ini (yaklaşık 1.2 L) alır. Total böbrek plazma akımı, hemotokriti %45 olan bir bireyde, ortalama 600-650 ml'dir. Total böbrek kan akımının, ortalama %75'i korteksten %25'i de medulladan geçer. Papillaya ulaşan kan akımı ise %1 civarındadır. Böbrek plazma akımının ortalama %20'si glomerüllerden filtre edilir. Dakikada 125 ml filtrat oluşur. Aslın da, filtrat protein ve şekilli kan elemanlarından yoksun plazmadan ibarettir. Yetişkin bir insan da, gün de ortalama 180 litre glomerüler filtrat, proksimal tübüllere geçer (Yeniçerioglu, Güngör ve Arıcı , 2019).

Böbrek yetmezliği ile böbreklerin ana görevlerinde bozulmalar olmakta, buna bağlı olarak farklı uyarlayıcı sistemsel problemler oluşmaktadır. Böbrek yetmezliği kronik ya da akut olabilmektedir. Böbrek yetmezliğinin düzeyinin belirlenmesinde kullanılmakta olan en tarafsız değişken glomerüler filtrasyon değerinin (GFD) ölçümüdür. GFD'nin ölçümünde kullanılmakta olan en yaygın yöntem kreatinin klirensidir (Akpolat ve Utaş, 2001).

Böbrekler, insan vücudunda metabolizmanın istenmeyen ürünleri olan fazla sıvılardan ve toksinlerden temizleyerek kişilerin sağlığını koruyan hayati bir işleve sahiptir (NIH, 2014).

Böbrekler kan basıncını ve önemli fizyolojik süreçleri düzenlemeye yardımcı olmakta olan hormonları üretir. Zaman içerisinde gerçekleşen kademeli böbrek fonksiyonu kaybı, genellikle KBH olarak bilinmekte olan bir durumdur (Am, 2002) KBY; fonksiyone böbrek ebatının çeşitli nedenlerle kaybı doğrultusunda GFH'nin kalıcı olacak şekilde azalmakta olduğu ve üç ay veya daha uzun süre doğrultusunda, glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 60ml/dk/1,73m² altında olduğu tespit edilmesi sonucunda böbreklerin sıvı-solüt düzeyinin ayarlanmasında ve metabolik-endokrin

görevlerinde geri dönüşümü olmayan seviyede bozulmalar ile üremi tablosu oluşturan yaşamı tehdit eden bir klinik çeşitlilik gösterir (Süleymanlar, 2020 ; Tütek, vd., 2020).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği farkı hastalık durumlarına bağlı olarak gelişmekte olan kalıcı, ilerleyici ve aynı zamanda geri dönüştürülemez şekilde nefron kaybı ile birlikte karakterize hastalıktır (Akpınar Bektaş, vd., 2019).

NFK-KDOQI kılavuzu, böbrek hasarı oluşmaya başladığı zaman hastalık çeşitliliğini anlatmak için 'kronik böbrek hastalığı (KBH)' şeklinde tanımlanmaktadır. KBY beş evreden oluşur ve evrelendirme için serum kreatinin hesaplaması tahmini GFH ile proteinüri/albuminüri sonucu gelişen böbrek hasarına göre yapılır (Süleymanlar, 2020).

Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı /Tanı Kriterleri

<p>Üç ay ve daha fazla süren böbrek tahribatı (aşağıdaki göstergelerden biri veya daha fazlasının bulunması),GFH'da azalma olsun veya olmasın</p> <ul style="list-style-type: none">• Albuminüri (AER * >30 mg/24 saat;ACR*>30 mg/gr)• İdrar sedimentinde oluşan sorunlar• Tübüler bozulmalara bağlı gelişen elektrolit ve diğer sorunlar• Histolojik sorunlar• Tıbbi görüntüleme ile gözlemlenen yapısal sorunlar• Transplantasyon öyküsü
<p>Üç ay ve daha fazla süren GFH azalması (< 60 ml/dk/1.73 m²),böbrek hasarı olsun veya olmasın</p>

*:AER: Albümin ekskresyon (atılım) hızı, ACR: Albümin kreatinin oranı

Kaynak: Süleymanlar (2020)

Ortak bir dil olması adına ve hasta kişilerin tedavisinde uluslararası bir standart oluşturulması için KBH, GFH değeri doğrultusunda evreler Tablo 2.2'de gösterilmektedir.

Tablo 2.2: Kronik Böbrek Yetmezliğin Evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/dak/1,73m ²)
1	Normal veya artmış gromerüler filtrasyon hızı ile birlikte böbrek yıkımı	≥ 90
2	Hafif gromerüler filtrasyon hızı azalması ile birlikte böbrek yıkımı	60 – 89
3	Orta aşamada böbrek yetmezliği	30 – 59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	< 15

Kaynak: Özkan, vd. (2014).

2.2.1. Epidemiyoloji

Kronik böbrek yetmezliği tüm dünya ve aynı zamanda Türkiye’de giderek artmakta olan sağlık sorunu olarak, yüksek morbidite ve mortalite oranları, hasta kişilerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili olmaları ve tedavisi bakımından gerekli olmakta olan renal replasman tedavi maliyetlerinin yüksekliği ve geri dönüşümü olmayan prognozu sebebiyle ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Biçer, Şahin ve Sarıkaya : 2013).

Kronik böbrek yetmezlik dünyada ve aynı zamanda ülkemizde epidemik olarak önemli bir halk sağlığı problemidir (Muz ve Eğlence, 2013). KBY hastalığına sahip olan hasta sayısı dünya da ve aynı zamanda ülkemizde hızlı bir şekilde artmaktadır (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar : 2017). Kronik böbrek yetmezliği dünya nüfusunun yaklaşık olarak %10’unu etkilemektedir; 2 milyonu aşkın hasta yaşamlarını böbrek nakli tedavileri ve diyaliz ile sürdürebilmektedir. Gelecek 10 yıl içerisinde bu sayının iki katına çıkacağı öngörülmektedir (Akpınar Bektaş, vd., 2019). Türk Nefroloji Derneğinin Kayıt Sistemlerine ait 2020 yılsonu verileri Türkiye’de RRT gerektiren SDBY prevalansının milyon kişi başına 996,8, insidansın ise milyon kişi başına 138,7 olduğu belirtmektedir (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar, vd., 2021). Ayrıca; Türkiye’de ise KBY’nin yetişkin nüfustaki prevalansı %15,7 olarak bilinmekte olup bu da yetişkin nüfus içerisindeki her 6 kişiden birinde KBY bulunduğunu ifade etmektedir (Muz ve Eğlence: 2013).

Ülkemizde araştırılan “Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması’nda (CREDIT)”; yetişkin bireylerde KBY prevalansının %15,7 olduğu sonucuna varılmıştır. Yine bu araştırmada, KBY’li hastaların %5,43’ünün 1. evre, %5,15’inin 2.

evre, %4,67'inin 3. evre, %0,27'sinin 4. evre ile %0,15'inin 5. evre de olduğu bulunmuştur (Bayram, 2020). CREDİT araştırmalarına göre, Türkiye'de yaşayan her 6-7 yetişkin bireyden birinde çeşitli evrelerde böbrek yetmezliği görülmektedir (Bayram, 2020).

KBH sık görülmekte olan, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu, yaşam kalitelerini negatif yönde etkiler, ülkelerin sağlık bütçelerinin yükünü arttırır. Erken tanısı ile farkındalığı düşük olan, bununla birlikte erken tanı konulduğunda ise önlenebilen dolayısıyla diğer evrelerde seyrinin yavaşlatılması mümkün olabilen bir hastalıktır (zkan vd., 2014). Ayrıca KBY; yüksek maliyetli ve kötü seyirli bir tedaviyi gerektirmektedir (Tüzün zdemir ve Akyol: 2019).

Böbrek hastalığı sessiz bir süreçtir ve genellikle daha ileri aşamalara kadar fark edilmez, burada daha ileri aşamalara kadar müdahale etme ve böbrekle ilgili sonucu iyileştirme fırsatı azalır, KBH bilinci erken aşamalarda düşüktür (Adam Whaley-Connel, vd., 2011).

KBY, sonuçları doğrultusunda hasta kişileri, ailelerini ve aynı zamanda toplumu ekonomik ve psikososyal açılardan etkilemekte ve ülkelerin sağlık hizmetleri sunumundaki kalite, yeterlilik ve organizasyonel gücünün sınanmakta olduğu önemli hastalıklardandır (Erol, 2010).

Kronik böbrek yetmezliği'nin bazı değiştirilemeyen yaş, ırk, genetik, cinsiyet vb. gibi unsurların yanı sıra, hipertansiyon kontrolü, hareketsiz yaşam tarzı, sigara içme, kan şekeri kontrolü, obezite gibi değiştirilmesi mümkün olan unsurların da etkili olduğu söylenbilir (Kirik, 2017).

2.2.2. Fizyopatoloji

Kronik böbrek yetmezliği olan hasta bireylerin birçoğunda böbreklerin boyutları klmekle birlikte biyopside primer nedene bağlı olmadan glomerüloskleroz gözlemlenebilmektedir. Temelde var olan duruma bağlı olarak belirli bir zaman geçmesi ile birlikte primer sebep ortadan kalkmış olsa dahi hastalığın ilerlemesi durdurulamamakta ve bu süreçte KBY tablosu ortaya çıkmaktadır (Kirik, 2017).

İki böbreğin gücü bir gün içerisinde, 600 mOsm/gündür, bu işlev milyonlarca nefron ile birlikte sağlanmaktadır. Bbreği etkilemekte olan bir hastalık durumu glomerül

sayısını azalmaktadır fakat bu yük aynı kalmaktadır, bu da glomerül başına düşmekte olan perfüzyon oranını arttırmaktadır ayrıca filtrasyonun artması sonucu intraglomerüler hipertansiyon (HT) gelişmektedir. Büyüme unsurlarının örneğin anjiotensin iki gibi bir olaya dahil olması sonucu endotelde yırtılma oluşmaktadır ve damarlarda trombus meydana gelir. Bu doğrultuda glomerüller miktarı azalması geride kalan nefronlara binen yük oranı artar bunun sonucu kreatinin seviyesi yükselir ve kreatinin seviyesinin artması için gerekmektedir olan zaman giderek kısalır. Kronik böbrek yetersizliği sonucu bütün organ ve sistemler etkilenmektedir (Tanrıverdi, 2010).

2.2.3. Risk Faktörleri ve Etiyolojisi

KBH oluşumuna neden olan durumlar risk faktörü olarak adlandırılır. KBH oluşumu ve ilerlemesi açısından hastalar arasında ayrıca hastanın kendisinde oluşan ve zaman içerisinde değişiklik gösteren çeşitli risk faktörleri sorumludur. Bu risk faktörleri Tablo 2.3. de gösterilmiştir (Süleymanlar, 2020).

Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

Duyarlılık Faktörleri	Başlatıcı Faktörler(Etyoloji)	Progresyon Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> • İleri yaş • KBH aile öyküsü • Böbrek kitlesinde azalma • Düşük doğum ağırlığı • İrk • Düşük sosyo-ekonomik durum • Düşük eğitim 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hipertansiyon • Otoimmün hastalıklar • Sistemde oluşan enfeksiyonel durumlar • İdrar yolu enfeksiyonları • İdrar yolu taşları • Üriner sistem tıkanması • Geri dönüşümsüz akut böbrek hasarı 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolsüz hipertansiyon • Proteinüri • Glisemik • Glisemik kontrolün kötü olması • Diabetes mellitus • Obezite • Dislipidemi • Sigara içme

Kaynak: Süleymanlar (2020).

KBY diyabet, hipertansiyon, glomerülonefritler önde olmak üzere böbreğin kistik, herediter, konjenital hastalıkları, renal arter hastalığı, interstisiyel nefrit/ pyelonefrit, idiopatik, sekonder glomerülonefrit/vaskülit, malignensi, nefrolitiazis/ obstrüktif nefropati, amiloidoz nedenlere bağlı olarak da gerçekleşebilmektedir (Akgöz ve Arslan, 2017). Daha önceki yıllarda KBH'na neden olan en önemli faktör glomerülonefrit iken son yıllarda en önemli faktör olarak ilk sırayı diyabetes mellitus sonraki sırayı hipertansiyon alıyor (Süleymanlar, 2020).

Türk Nefroloji Derneğinin yapmış olduğu araştırmada KBH'ı Prevalans Çalışması'nda (CREDIT) (2006-2009) Türkiye'deki KBY hastalık oranı kadın olan bireylerde, kimi coğrafik kısımlar (Marmara ve Güneydoğu Anadolu) ve kırsal alanda yaşayanlar, yaşlılar, DM ile HT' u bulunan hasta kişilerde yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir (Kurbun, 2017).

2.3. Tanısı ve Klinik Bulguları

KBY' ne giren hastalarda oluşan semptom ve bulgular hastalığın derecesini belirler ve KBY bütün organ ve sistemleri etkileyen bir hastalıktır (Sezen, 2014).

Glomerüler filtrasyon hızı 35-50 ml/dak'nın altına inmediği noktada, hastalık semptomsuz yani belirtisiz seyretmektedir. KBY hastalığı ilerlediğinde ise sistemlerin etkilenmesi doğrultusunda bazı klinik bulgular ortaya çıkmaktadır (Tayaz ve Koç, 2020). Klinik bulguların ortaya çıkması böbrek yetmezliği hastalığının gelişme hızı, derecesi ve temelde yatmakta olan patolojik durum ile bağlantılıdır. Hasta kişilerde görülmekte olan ilk bulgular ise anemiye bağlı halsizlik, yorgunluk ve noktüri'dür. Üremik belirtilerin otaya çıkması ise glomerüler filtrasyon hızınının 20-25 ml/dak ve altında olması ile meydana gelmektedir (Tayaz ve Koç, 2020). Bu klinik durumlar Tablo 2.4.'de belirtilmektedir.

Tablo 2.4: Kronik Böbrek Yetmezliği- Klinik Bulguları

SİSTEM	BULGU
Sıvı-Elektrolit Bozuklukları	Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperkalemi, hipokalemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi.
Sinir Sistemi	Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinörotapi, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon Bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma ruhsal bozukluklar.
Gastrointestinal Sistem	Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit.
Hematoloji-İmmünoloji	Normokromnormositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılama cevapta azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma.
Kardiyovasküler Sistem	Perikardit, ödem, HT, kardiyomyopati, hızlanmış atheroskleroz, aritmi, kapak hastalığı.
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, üremik akciğer, polmoner ödem.
Cilt	Pruritus, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremi döküntü, ülserasyon, nekroz
Metabolik-Endokrin Sistem	Glukozintoleransı, hiperlipidemi, hiperparatroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libidoazalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi
Kemik	Üremik kemik hastalığı, hiperparatroidi, amiloidiz (beta2-mikroglobülin),D vit. metabolizması bozuklukları, artrit.
Diğer	Susuzluk, kilo kaybı, vücut ısısının düşmesi, üremik halitozis, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri.

Kaynak: Tanrıverdi, Karadağ ve Hatipoğlu (2010).

2.4. Tedavi

KBY hastalığı GFH' ye bağlı olarak beş evreden oluşmakta ve beşinci evreye gelen bir hastaya periton diyalizi, hemodiyaliz, böbrek transplantasyonu tedavilerinden birinin uygulanması gerektirmektedir (Tüzün Özdemir ve Akyol: 2019).

KBY tedavisinde uygulanmakta olan bu üç tedavi yönteminin başında transplantasyon gelmektedir fakat nakil için organın yetersiz olması hastaları renan replisman tedavi (RRT) seçeneklerine yönlendiriyor. HD ve PD (periton diyaliz) tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajları olmakla birlikte birbirlerine geçişleri vardır (Doğan ve ark. 2020). Hasta kişinin tıbbi, psiko-sosyal ve tıbbi durumu göz önüne alınarak diyaliz tedavi süreci planlanmaktadır (Tanrıverdi, Karadağ ve Hatipoğlu: 2010) . Günümüzde

hemodiyaliz tedavi yönetimi kronik diyaliz yöntemleri arasında en yaygın olarak kullanılmaktadır (Ayık ve Yılmaz Karabulutlu, 2020).

2.4.1.Diyaliz Tanımı ve Tarihçesi

Böbreklerin başlıca görevi vücuttan üre ve kreatinin gibi azotlu maddeleri temizlemek olup, ayrıca su ve tuz dengesini sağlamak, D vitaminini aktif hale getirmek, kalsiyum metabolizması üzerinde düzenleme etkisi olması, eritropoietin (EPO) yapımı ile kemik iliğini uyarması ve kan yapımına yardımcı olması ile yaşamsal öneme sahip olan bir organdır. Değişik etyolojiler doğrultusunda böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümünün mümkün olmayacak şekilde kaybı sonucu ile birlikte üremi tablosu oluşur. GFH %20-25'in altına indiğinde gelişen böbrek yetmezliği ve %15'in altına indiğinde gelişen KBY tedavisi için kullanılmakta olan tedavi seçenekleri transplantasyon, hemodiyaliz, periton diyalizdir (Gökdoğan, 2015).

Diyaliz işlemi fiziksel olarak, yarı geçirgen olan membran vasıtasıyla hastanın kanı ile birlikte diyaliz solüsyonun (diyalizat) karşılaşması sonucu oluşan basınç ve sıvı-solüt değişimini sağlayan bir tedavi yöntemidir (Kirik, 2017). Bu sıvı-solüt değişim hareketi genellikle hasta bireyin kanından diyalizata doğru gerçekleşir bu geçiş için difüzyon ve ultrafiltrasyon gibi iki fizyolojik ilke oluşur (Durmuş, 2020). Diyalizatın uzaklaştırılması işlemi ile hasta bireyde var olan sıvı-solüt dengesizliği durumu normal plazma değerine indirgenir (Akpolat ve Ulaş, 2008).

İlk hemodiyaliz uygulaması deneysel olarak 1913 senesinde böbrekleri olmayan köpeklere hemodiyaliz işlemi uygulanmıştır. İnsana ilk yapılan HD uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı doktor Kolff tarafından yapılmıştır. Dr. Kolff ilgili tedavide yarı geçirgen özelliğe sahip olan sellüloz asetat membranını, kan sulandırıcı olarak ise heparin kullanmıştır. Diyaliz tedavi yöntemlerinden biri olan periton diyaliz (PD) uygulaması ilk 1923 senesinde Ganter tarafından üremili bir hasta üzerinde uygulanmıştır (Gökdoğan, 2015).

Kırk-elli sene öncesinde, SDBY'ne giren hastalar günler-haftalar içerisinde kaybedilirken, diyaliz de teknolojinin gelişmesi ve daha kaliteli diyaliz ekipmanlarının kullanılması hastaların yaşam süresini uzatmış ve yaşam kaliteleri artmıştır (Akpolat ve Utaş, 2008).

2.4.1.1. Diyalize Başlama Endikasyonları

Diyalize başlama endikasyonları akut ve kronik olarak iki kısımda incelenir; Akut diyaliz tedavisi yaşam kurtarıcıdır. Akut diyaliz tedavisinde uygulanmakta olan klinik durumlar ise şunlardır (Sezen, 2014).

- Akut Böbrek Yetmezliği (ABY)
- Kronik Böbrek Yetmezliği
- Hiperkalemi
- Hiperürisemi
- Metabolik asidoz
- Hiperkalsemi
- Hiperfosfotemi
- Metabolik alkaloz
- Hipervolemi
- Hiponatremi
- İntoksikasyonlardır (mantar, ilaç, alkol vb.).

Kronik böbrek yetmezliğine giren hastaların diyalize başlama zor bir karardır. Kronik böbrek hastalığında üremik belirtiler bulunmayabilir. Hastalarda iştahsızlık, kilo kaybı, hipertansiyon, tıbbi tedaviye cevap vermeyen hipervolemi, malnitrusyon ve enerji azalması gibi üremiye bağlı semptomlar ve belirtilerin oluşması sisnsidir ve geç fark edilir.

Kronik diyaliz tedavisine başlamak için gromerüler filtrasyon değerine (GFH) bakılması gerekir. GFH'nın ölçülmesinde kullanılan yöntem kreatinin klirensidir. Kreatinin klirensi <10 ml/dk olduğunda, serum kreatin düzeyi 12 mg/dl, kan üre azotu (BUN) 100 mg/dl olduğunda ve bu değerler arttığında kronik diyaliz tedavisine başlanması gerekebilir (Gökdoğan , 2015).

Kreatinin klirensi >10 ml/dk olduğu durumda hastalarda üremiye bağlı nöropati, kanama, perikardit gibi belirti bulgular varsa , kronik diyaliz tedavisi başlanmalıdır (Tablo 2.5.).

Kronik böbrek yetmezliğinde' de diyalize başlama endikasyonları Tablo 2.5.'da kronik diyaliz kontraendikasyonları da Tablo 2.6.'de gösterilmektedir.

Tablo 2.5: Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyalize Başlama Endikasyonları

Kesin Endikasyonlar	Rölatif Endikasyonlar
*Üremiye bağlı gelişen perikardit *Üremiye bağlı gelişen ensefalopati ve nöropati *Pulmoner ödem ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen hipervolemi *Kontrolsüz hipertansiyon *Üremiye bağlı gelişen kanamalar *Bulantı, kusma ve halsizlik *Kreatinin düzeyi >12 mg/dl ve BUN >100 mg/dl *Akut psikoz *Malnütrisyon	*Hafıza ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma *Erken periferik nöropati *Diüretiklere yanıt vermeyen periferik ödem *İnatçıpruritus *Serum kalsiyum ve fosfor düzeyinin kontrol altına alınamaması *Eritropoietin tedavisine dirençli anemi

Kaynak: Gökdoğan (2015)

Tablo 2.6: Kronik Diyaliz Kontraendikasyonları

Hasta kesin olarak karşı çıkmadıkça tedavi edilmeye çalışılır, ancak kötü sonuç işaretleri;
1.Reversible böbrek patolojisinin varlığı (obstrüktif üropati gibi) 2. Hastada yaşam beklentisinin olmaması 3. Kötü prognozlu maligniteler 4. İleri psikiyatrik hastalıklar 5. Ciddi periferik arter hastalığı 6. Ciddi hipotansif kalp yetmezliği 7. Demans varlığı

Kaynak: Sezen (2014).

2.4.2. Periton Diyaliz

PD' de membran olarak, peritoneal zar kullanılmaktadır. Periton zarı üzerinde bulunan çok sayıdaki kan damarları diyaliz işlemi için ideal bir membran özelliğine sahip

olmasını sağlar. Sıvı ve elektrolit değişimi için, peritoneal boşluğunun geniş yüzey alanı ideal bir diyaliz membranıdır (Bingöl, vd., 2018). Periton diyalizinde peritoneal zar ve boşluğu ile birlikte diyalizatlar kullanılmaktadır. Peritoneal zar üzerinde farklı çapları bulunan ve yarı geçirgenlik özelliğine sahip olan porlar vardır. Periton diyalizi sırasında farklı çaplardaki porlardan su ve solüt geçişi sağlanır (Sezen, 2014).

Periton diyaliz, diyaliz solüsyonunun (diyalizat) kateter aracılığıyla peritoneal boşluğa infüze edilmesi, periyodik aralıklarla diyalizatın drene edilmesi sonrasında yeniden peritoneal boşluğa temiz diyalizatın infüzyonu ile uygulanan bir tedavi yöntemidir (Gökdoğan, 2015). Periton boşluğuna diyalizat infüzyonu sağlanır. Diyalizat üremik toksin içermez. Diyalizat ile üremik toksinlerin çok yoğun olduğu vasküler sistem (kan) arasında ciddi fark olur. Moleküller yoğunluk farkına bağlı olarak, çok yoğun ortamdan az yoğun ortama doğru toksik maddelerin geçişi oluşur. Bununla birlikte sıvı geçişi, oluşan ozmotik basınçla sağlanır (Akpolat ve Utaş, 2001; Gözmen, vd, 2017). Evre 5 KBH' da 1970'lerden bu zamana giderek yaygınlaşmış olan periton diyaliz (PD) böbrek yerine koyma tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Eren vd., 2020). Hemodiyaliz (HD) tedavisine oranla evde uygulanmakta olan periton diyaliz (PD) hasta kişiler için daha fazla avantajlı olan bir tedavi yöntemidir. PD uygulamasında hemodiyalize oranla daha iyi ölçüde sıvı ve kan basıncı kontrolü gerçekleştirilebilmektedir. Diyet kısıtlaması daha düşük olmaktadır. Kanın pıhtılaşmasına engel olmak amacıyla kan sulandırıcı kullanılmasına gerek duyulmamaktadır (Kirik, 2015). HD tedavisine kıyasla Periton Diyaliz tedavisinin, makineye gereksinimin duyulmaması, tedavinin uygulanması gereği sürekli olarak tedavi imkanının bulunması ve aynı zamanda kalan böbrek fonksiyonlarının hemodiyaliz tedavisine kıyasla daha uzun süreli koruma imkanının sağlanması gibi önemli avantajları bulunmaktadır (Eren vd., 2020). Ayrıca periton diyaliz tedavi yönteminin avantajları içerisinde düşük dozlu eritropoetin kullanılmasının yeterli olması, rezidüel renal fonksiyonların (RRF) daha iyi korunuyor olması ve hastaların sağ kalmalarının daha uzun süre ile sağlanabiliyor olması belirtilebilir (Bingöl vd., 2018). Vasküler girişimine gereksinim olmaması, kardiyovasküler sistemi koruması, biyokimyasal değerlerin korunması, elektrik ,su ve teknik ekibe gereksinim olmaması, periton diyalizin basit ve kolay uygulanan evde diyaliz yapılabilen bir tedavi olması avantajlar arasındadır (Gökdoğan, 2015). Peritonit oluşması, diğer enfeksiyon riskleri obezite, hiperlipidemi, malnütrisyon, periton geçirgenliğinde azalma, protein kaybı,

günlük yapıyor olması, ultrafiltrasyon (UF) yeterliliğinde azalma olması, psikolojik sorunlara neden olması PD' in dezavantajları arasındadır (Gökdoğan, 2015). Güvenli bir teknik olarak kabul edilmekte olan periton diyaliz uygulaması bu duruma karşın cerrahi sonrası olan ilk 60 gün süresinde cerrahi komplikasyonların %40 gibi bir oran ile yüksek seviyede olduğu düşünülmektedir (Yıldız ve Karaaslan, 2019). PD'de görülen komplikasyonlar ; peritonit, kateterin tıkanması, sıvı kaçağı, katater ucunun yer değişikliği, çıkış yeri enfeksiyonu ve tünel enfeksiyonu, kateter çevresinin granülasyonu, kaf protruzyonu, kanama, abdominal duvar hernileri, enkapsüle peritoneal sklerosis, intestinal perforasyondur (Yıldız ve Karaaslan, 2019).

2.4.3.Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, hastada oluşturulan vasküler giriş yolundan (fistül, greft ve tünelli-tünelsiz kateter) alınmakta olan kanın bir yapay membran ve hemodiyaliz makinası ile birlikte kanın sıvı-solüt maddelerinin temizlenmesi, temizlenen kanın hasta bireye geri infüze edilmesi işlemidir (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu: 2012). Bu işlemdeki amaç kan da bulunan toksik maddelerin uzaklaştırılması, uygun düzeyde elektrolit ve sıvı değişiminin sağlanabilmesidir (Temiz ve Kaya, 2017). Diyalizat ile birlikte vücuttan atılmış olan bu maddeler sonucunda sıvı-elektrolit dengesizliği normal değerlere yaklaşmış olmaktadır (Tayaz ve Koç, 2020).

Bir HD seansında bu işlemi yerine getirebilmek için kullanılan ekipmanlar vardır. Bu ekipmanlar aşağıda belirtilmiştir:

- 1.Revers Osmoz (Su arıtıcı sistem)
- 2.Diyalizat
- 3.Yapay Membran (Diyalizer)
- 4.HD makinası, diyaliz setleri ve diyaliz iğneleri

HD tedavisinde günümüze kadar gerçekleşmiş olan ilerlemelere karşın tedavi ve hastalık ile ilgili pek çok psiko-sosyal ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tedavi boyunca hastalar kas krampları, konstipasyon, huzursuzluk, bulantı ve kusma, ödem, uyku problemleri gibi pek çok semptom ile karşı karşıya kalabilmektedir. İlgili semptomlar hasta bireylerin üzerinden fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyal

problemler ile karşı karşıya kalmalarına ve öz-bakım güçlerinde, yaşam kalitelerinde düşümlere neden olmaktadır (Gökalp ve Arpacı, 2021).

2.4.3.1. Hemodiyaliz Tedavisi

Renal Replasman Tedavi (RRT) tiplerinden biri olan Hemodiyaliz (HD) tedavisi KBY olan hastalarda en sık tercih edilmekte olan tedavi tipidir. (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018). Türkiye’de RRT gören hasta sayısı son yıllarda artış göstermektedir (Akpınar Bektaş, vd., 2019). Ülkemizde Türkiye Cumhuriyeti Türk Nefroloji Derneği ve Sağlık Bakanlığının ortak hazırladığı raporu sonucu, 2018 yılı sonu verileri toplam 71.055 hastaya RRT yöntemleri sunulmaktadır. En sık uygulanmakta olan RRT yöntemi ise %74,82 oranla hemodiyaliz (HD)’dir (Gülay ve diğerleri, 2020). Türk Nefroloji Derneği 2017 senesi verileri doğrultusunda SDBY olan 77.311 hastanın %4’üne periton diyaliz, %76’sına ise hemodiyaliz tedavisi almaktadır (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar: 2017). 2019 yılı verileri doğrultusunda yeni hemodiyaliz hasta sayısı (9.630) bir önceki yıla kıyasla (9.645) hasta sayısında artış gözlenmemektedir. Prevalan olan hasta sayısı (61.341) ise bir önceki yıla kıyasla (60.643) çok fazla sayıda olmamasına karşın artış gözlenmiştir (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar 2020).

Hemodiyaliz, dünyada kronik böbrek yetmezliğinin kontrolünde en başarılı ve yaygın olarak kullanılan böbrek replasman yöntemlerinden biridir ve bu yöntem kişilerin yaşamını tehdit eden bu hastalıkla yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gereklidir (Mazandarani, et al., 2018). Hemodiyaliz tedavisinin amacı hastaların yaşam sürelerini uzatmak olmak ile birlikte hayat standartlarının da en iyi düzeyde tutulabilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilebilmesidir (Turgay, Tatal ve Sezer: 2017). Ayrıca, hemodiyaliz tedavisi sürecinde en çok tercih edilen tedavi yöntemi olmasının nedenleri; transplantasyonda donör sıkıntısı yaşanıyor olması ve periton diyaliz tedavisinde ise hijyen ve eğitim sıkıntısı yaşanıyor olmasıdır (Özbudak E., vd., 2013).

Hemodiyaliz tedavi yönteminin avantajları; hasta kişilerin diyaliz tedavisini haftada 2-3 kez ve 4-6 saat olarak olması buna bağlı olarak diğer günlerde diyalizin uygulanmaması, kişinin metabolik dengesinin daha az etkilenmesi, aynı zamanda malnütrisyondan daha az görülmesi ile hasta bireyler daha az hastaneye yatmakta, abdomen bölgesine ait komplikasyonların olmaması, diyaliz merkezleri hastalar için daha kolay erişilebilir olması ve hastalara sosyal ortam oluşturması, ayrıca

hemodiyaliz ile küçük molekül ağırlıklı solütlerin daha kolay temizlenmesi olarak sayılabilir (Kirik, 2017 ; Tanrıverdi, Karadağ ve Hatipoğlu: 2010).

Hemodiyaliz tedavisi hastalığın semptomları ve yaşam kalitesinin üzerindeki olumlu etkilerine rağmen hasta kişiler bakımından bazı sorunlar ve kısıtlamaları beraberinde getirdiği bilinmekte olan bir gerçektir (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu: 2012). Hastalar için mide bulantısı, kusma, göğüs, sırt ağrıları, uyku problemleri, diyare, ciltte kuruluk, konstipasyon, huzursuzluk, iştahsızlık, sinirlilik, sersemlik, baş dönmesi, ağız kuruluğu, kas krampları, kaşıntı, bacaklarda şişme, konsantrasyon güçlüğü, cinsel işlev bozukluğu, öksürme, huzursuz bacak sendromu, gibi psikolojik veya fiziksel pek çok semptomlara neden olur (Akgöz ve Arslan, 2017; Mazandarani, et al., 2018). Hastalar yaşadıkları semptomlar doğrultusunda günlük aktivitelerini, sosyal ve eğlence aktivitelerini kontrol edebilmekte zorlanma, bağımsızlıklarını kaybetme, aile yaşamında bozulma, erken emeklilik, rol değişimleri, ekonomik problemler, benlik saygısı ve bedensel imajda değişimler yaşanmaktadır. Aynı zamanda psikolojik ve fiziksel durum bozulmaları, yaşam kalitesinde düşüş, depresyon gözlenebilmektedir (Akgöz ve Arslan, 2017). Hemodiyaliz tedavisi hastaların öz yeterliliklerini ve günlük yaşamlarını gerçekleştirebilme düzeylerini etkileyerek hastaların bakım gereksinimlerini arttırmaktadır (Akpınar Bektaş, vd., 2019).

Hemodiyaliz, cihaza bağımlılık hissi, yaşam tarzında değişiklik, sosyal rol oynama becerisinde azalma, sağlık hizmetlerinin maliyetinde artış ve hastaların yaşam kalitesinde düşüş ile sonuçlanır (Mazandarani, et al., 2018).

2.4.3.2. Hemodiyaliz Tedavisinin Bireylerin Yaşam Standartlarına Etkisi

Hemodiyaliz geçici olan bir tedavi yöntemi değil, hasta kişilerin yaşamları boyunca devam etmekte olan bir uygulamadır (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018). Hasta bireylerin günlük yaşam faaliyetlerini sürdürebilmelerinde değişken düzeylerde bağımlılık yaşamalarına sebep olmaktadır (Turgay, Tatal ve Sezer: 2017). Böbrek yetmezliği doğrultusunda ortaya çıkan bulgu ve belirtiler hemodiyaliz uygulaması ile kontrolü sağlanırken, tedavi süreci ve hastaların yaşamını hemodiyaliz makinelerine bağımlı devam ettirmesi ise başka problemlere neden olmaktadır (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018). Hemodiyaliz tedavisi skonder problemlere yol açabilen, hastaların yaşam

kalitesini düşüren, psiko-sosyal yönden etkileyen bir yöntemdir (Akpınar Bektaş, vd., 2019).

Hastalar hemodiyaliz makinesine, sağlık kuruluşuna ve sağlık personeline bağlı duruma gelmektedir, hastaların tedavi gereği haftada 3 gün, 4 saat ve üzeri sağlık kuruluşuna gitmeleri sorunluluğu aile hayatı, iş hayatı ve sosyal hayatlarında olumsuz aksaklık yaşamalarına sebep olabilmekte ve bu aksaklıklar da hastaların kalitelerini negatif yönde etki etmektedir (Kurbun ve Metin Ayten, 2018).

HD tedavisi sürecinde karşılaşılan stresörler, ataklar veya akut hastalıklar hastanede yatış sürecini uzatmakta ya da hastaların günlük yaşam içerisindeki aktivite seçimlerini etkileyerek değişikliğe sebep olabilmekte ve aynı zamanda hasta kişilerin yaşam kalitelerini de düşürmektedir (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018). Hasta kişilerin karşılaştıkları semptomlar yaş, cinsiyet, eşik eden farklı bir hastalığın varlığı, öğrenim durumu gibi faktörler doğrultusunda farklılık göstermektedir (Akgöz ve Arslan, 2017).

HD tedavisi alan hastalarda sık görülen akut komplikasyonlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018):

- Hipotansiyon
- Kas Spazmı
- Bulantı-Kusma
- Pruritus
- Güçsüzlük, Yorgunluk
- Uyku Sorunları
- Enfeksiyon
- Depresyon-Anksiyete
- Dengesizlik sendromu
- Hava embolisidir.

Hemodiyaliz tedavisinin kronik komplikasyonları; hipertansiyon, polinöropati, hepatit (B-C), renal osteodistrofi, anemi, enfeksiyon, psikolojik problemler ile beslenme sorunlarıdır (Kirik, 2017). Hemodiyalizin kronik komplikasyonlarını üremiye bağlı komplikasyonlar ve primer renal hastalıklara bağlı gelişen komplikasyonlardır. Tablo 2.7.'de hemodiyalizin kronik komplikasyonları verilmiştir (Çaydam ve Pakyüz, 2016).

Tablo 2.7: Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları

Üremiye bağlı komplikasyonlar	Kardiyovasküler sistem komplikasyonları Enfeksiyona bağlı komplikasyonlar Gastrointestinal sistem komplikasyonları Kansızlık Kanama diatezi Pulmoner sistem komplikasyonları Kemik bozuklukları Nörolojik komplikasyonlar Karbonhidrat metabolizmasında bozulma Protein malnütrisyonu Lipid metabolizması bozuklukları Dermatolojik komplikasyonlar Gonadal disfonksiyon İmmünolojik anormallikler
-------------------------------	---

Kaynak: Çaydam ve Pakyüz (2016).

2.4.4. Transplantasyon

Canlı verici ya da kadavradan alınan organın hasta bireye nakledilmesi olayı transplantasyon olarak adlandırılmaktadır (Temiz ve Kaya, 2017). Böbrek transplantasyonu, SDBY hastaları için normal böbrek işlevlerine en yakın sonucu sağlayan, seçkin bir tedavi yöntemidir (Ceyhun ve Kırpınar, 2019). Böbrek, kalp, kemik iliği, pankreas, ince bağırsak, kan, kornea, karaciğer, kan gibi yaşamsal önemi bulunan birçok organın günümüzde nakli gerçekleştirilebilmektedir (Cürcani ve Tan, 2010). KBY'nin en ucuz ve en iyi tedavi yöntemi olan böbrek nakli (transplantasyon), yeterli sayı noktasında uygun verici bulunamaması nedeniyle nakil ihtiyacı olan hastaların sadece %13'e yakın azınlığa yapılabilmektedir (Serdengeçti, 2010).

Canlı verici ile gerçekleştirilen böbrek nakli, sağlıklı bir kişinin sağlık durumunu tehlikeye sokmadan, böbreği ihtiyacı bulunan farklı bir kişiye naklidir. Donör olarak kullanılacak olan kişide sorun teşkil etmesi öngörülen bir durum saptandığında, şartların ne olduğuna bakılmaksızın verici olarak kabul edilmemektedir. Kadavradan

böbrek naklinin gerçekleştirilebilmesi için ise Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemine (TODS) kayıt olunması gerekmektedir (Yılmaz ve Karakoç, 2015).

Böbrek transplantasyonu, böbrek hastalıklarının tedavisinde başarılı bir tedavi modelidir (Karadeniz , vd., 2020). Organ nakli geri dönüşümü mümkün olmamakta olan yaşamsal organ yetmezlikleri için oldukça başarılı bir tedavi yöntemidir, ayrıca bu doğrultuda da hastalara ikinci bir yaşam şansı sunmaktadır (Cürcani ve Tan, 2010).

KBY'nin en iyi tedavi yöntemi böbrek naklidir. Belirli süre aralıklarıyla uygulanmakta olan diyalize nazaran başarılı gerçekleştirilen böbrek nakli bireyin yaşam süresiniz uzatmaktadır, diyalizin yaratmış olduğu kısıtlamaları ortadan kaldırmakta ve hasta kişilerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki sunmaktadır (Temiz ve Kaya, 2017).

SDBY 'ne girmiş tüm hastalar transplantasyon olmaya adaydır. Hastalar böbrek nakli olmadan önce detaylı bir incelemeden geçmeleri gerekir. Bu inceleme sürecinde hastaların kalp, damar, enfeksiyon hastalıkları, bağışıklık sistemi yeterliliğinin değerlendirilmesi, viral hastalık varlığının araştırılması tüm kan biyokimyasal değerlerinin kontrolü ve tüm sistemlerin taramaları yapılması gerekir. Böbrek nakili için herhangi bir engel yoksa hasta trasplantasyona hazırlanır (Sezen, 2014).

Ülkemizde organ ve doku nakli hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması, özellikle akciğer, böbrek ve kalp vb. hayati önemi yüksek olan organların naklini beklemekte olan hastalar açısından gerekli olan organ yeterli sürede bulunamamakta ve bu hastalar hayatlarını kaybedebilmektedir (Cürcani ve Tan, 2010).

SDBY olan ve transplantasyon için uygun olmayan hastalar vardır. Bunlar;

1. Cross-match testi pozitif olan hastalar
2. Enfeksiyonun aktif olması
3. Gebelik
4. Onkolojik tedavisi olan hastalar
5. Transplantasyon sonrası tedaviye uyumlu olmayan hastalar
6. Komorbit durumların kontrol edilemediği durumlardır.

Diyaliz hastalarını bu gibi durumlarda transplantasyona yönlendirmek uygun değildir (Sezen, 2014).

2.5. Öz-Bakım ve Öz-Bakım Gücü

Erişkin bir bireyin kendi sağlık ve iyiliğini koruyup sürdürebilmek adına sürekli çaba halinde olmalıdır (Alemdar ve Pakyüz, 2015). Öz bakım kişilerin yaşamlarını, iyilik ve sağlıklarını korumak amacıyla kendilerine düşen görevleri yapmaları olarak tanımlanabilir (Kurbun ve Metin Aytan, 2018). Bireyin kendi sağlığına sürekli olarak katılımıdır. Öz-bakım günlük gereksinimleri karşılamak için gerekli olan, genellikle günlük yaşam aktiviteleri adı verilen aktiviteleri içerir. Günlük yaşam aktiviteleri öğrenilir ve yaşam boyu süren alışkanlık haline gelir. Öz-bakım aktiviteleri (hijyen, banyo, giyinme, tuvalet hijyeni, yeme) , nasıl, ne zaman, kiminle yapılacağı ile şimdi-burada nasıl yapılması gerektiği belirli olan görevlerdir (Erdemir 2012).

Levine, Holst ve Katz göre öz-bakımı; kişilerin kendi sağlıkları menfaatine ve sağlıklarını sürdürmek ve korumak adına hastalığın saptanması ve tedavi sürecinde kişinin kendi işlevlerini kullanabilme sürecidir (Öztürk ve Karataş, 2008).

Öz bakım, bireylerin günlük hayatlarında karşı karşıya kaldıkları durumlarda yapmaları gerekli olan fiziksel, duygusal kişilerarası, bilişsel ve sosyal gelişim ve fonksiyonları kapsamaktadır. Kişilerin kendi sağlık faaliyetlerine ne kadar katılıp katılmadığının değerlendirilmesi, öz bakım yönetimlerinin değerlendirilmesi ile mümkündür (Hançerlioğlu ve Şenuzun Aykar, 2018).

Bir işi, bir davranışı birey tarafından yapabilme gücü öz yeterliliktir (Bandura, 1977). Öz bakım ise bireylerin; iyi olma durumlarını başlatmaları, sürdürmeleri, idame ettirmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeleridir (Akpınar Bektaş, vd., 2019). Öz-bakımda hedef, kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili tüm sorumlulukları yüklenmesinin sağlanmasıdır (Karakurt, Hacıhasanoğlu Aşilar ve Yıldırım: 2013).

Yaş, yaşam deneyimi, sosyokültürel durum, gelişimsel durum ve sağlık ve mevcut kaynaklar bireylerin öz-bakım yeterliliklerini belirlemekte olan faktörlerdir (Yavaş Çelik, 2019). Öz-bakım davranışları kişilerin deneyimleri, kişisel merakı, eğitimi ile birlikte gelişebilmektedir. Bu doğrultuda gelişmekte olan öz-bakım davranışları da bireylerin iyilik ve sağlık durumlarını etkileyebilmektedir (Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2019).

Öz bakım, uygulamaya ve tedaviye yönelik bir yaklaşım olup pozitif bir eylemi içermekte ve insan, kültür, günlük yaşam dolayısıyla çevre değerleri gibi birçok unsur ile ilgilidir (Muz ve Eğlence, 2013).

Kişilerin yaşamı, iyiliği ve sağlığını devam ettirmek amacıyla sağlık unsurlarını yerine getirebilmesi öz-bakım şeklinde tanımlanırken ilgili faaliyetleri gerçekleştirebilme yeteneği öz-bakım gücü şeklinde tanımlanmaktadır (Gül, Üstündağ ve Zengin: 2010). Orem'e göre kişinin gereksinimlerini yerine getirebilmesi adına yetecek kadar öz bakım gücünün varlığına sahip olması gerekmektedir. Öz-bakım gücü; yaşamı, iyilik durumunu ve sağlık durumunu sürdürmek adına ve sağlık faaliyetlerini başlatabilme ve uygulayabilme yeteneğidir. Örem öz-bakım gücünün kişisel özellikler ile ilgili olduğunu ifade etmektedir. Bu ilgili özellikler öz bakım gücü güç unsurları olarak tanımlanmaktadır. Öz-bakım gücü güç unsurları; kendine olan güven ve saygı, anlama yeterliliği, fiziksel enerjisi kontrol altına alma, başlatabilme yeteneği, öz-bakımı noktasından karar verebilme, algısal, bilişsel durumu ve iletişim yeteneği, amaçlarına ulaşabilmek adına öz-bakım faaliyetlerini düzenleyebilme, öz-bakım eylemlerini bireysel hayat ve toplumsal yaşamına bütünleşmiş hale getirme yeteneği teknik bilgi toplama ve uygulama yeteneği ile motivasyon, başlıklarından oluşmaktadır (Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

Eğer kişinin ihtiyaçları kişinin gücü veya beceri yeteneğini aşmakta olan bir düzeye sahip ise "Öz-bakım yetersizliği" ile karşı karşıya kalınacaktır. Öz Bakım "Yaşamı, iyilik halini, sağlık halini sürdürebilmek amacıyla kişilerin kendileri tarafından başlatılıp geliştirilen tüm faaliyet" olarak tanımlanmaktadır. Farklı bir tanımla erişkin kişinin bireysel iyilik ve sağlık durumunu koruma ve sürekliliğini sağlamaya yönelik faaliyetlere katılımdır. Öz-bakım yetersizliği bakım gücü ve terapötik özbakım ihtiyaçları arasında dengesizlik var olduğu zaman ortaya çıkmaktadır (Akbiyık, Koçak ve Oksel: 2016).

Yeterli ve uygun öz-bakım gücü varlığına sahip olmak, hastanın hayattan doyum alma düzeyini pozitif yönde etkilemektedir (Muz ve Eğlence, 2013). Ayrıca hasta kişilerin öz -bakımlarına aktif olarak katılıyor olmaları; hastalıkları ile ilgili ne zaman yardıma ihtiyacı olduklarını bilme, kendi sağlıklarını iyileştirebilme, hastalıkları önleyebilme veya azaltabilme, var olan hastalığın sonrasında kendi sağlık durumunu iyileştirebilmede oldukça önemlidir (Tüzün Özdemir ve Akyol, 2019).

Sağlık hizmeti veren mesleklerin büyük çoğunluğunu oluşturmakta olan hemşirelerin ana misyonu “insana bakım hizmeti” sunmaktır. Hemşire bireyler yalnızlık, hasta olma, ağrı, güçsüzlük, acı çekme, ölüm vb. negatif durumlara sahip olan hastalar ile sık karşılaşmakta, bu noktada hastalara destekleyici bakım sunmaktadır. Öz-bakım noktasında hemşire; hasta ile birlikte ailesini sağlık takımının birer parçası kabul edip, hastaların psikolojik ve sosyal uyumuna destek olarak her bir hastaya yeterli zamanı ayırarak öz-bakım yeterliliğini, öz-bakım güç düzeyini arttırmayı amaçlamaktadır (Muz ve Eğlence, 2013).

2.6. Orem’in Öz-Bakım Teorisi

Orem’e göre öz bakımı kişilerin kontrollü ve kalıcı olarak amaçlı ve etkili davranışlarının gelişmesiyle kendi kendine yapacağı bakım olarak tanımlamaktadır (Öztürk ve Karataş, 2008). Orem öz bakımı, kişinin yaşamı, gelişimi, sağlığı, iyilik durumunu devam ettirebilmek için, bireyin kendine yönetilen öğrenilmiş, hedef odaklı bir aktivite olarak tarif eder (Atabek Aştı ve Karadağ, 2019). Orem’in geliştirmiş olduğu kuram kişinin ve onun kişisel bakımı üzerine yoğunlaşmaktadır. Orem’in kuramının amacı, bireyin öz bakımını karşılaması yönünde yardımcı olmaktır (Atabek Aştı ve Karadağ, 2019).

Dorethea Elizabeth Orem tarafından oluşturulan model;

1. Öz bakım teorisi,
2. Öz bakım eksikliği teorisi
3. Hemşirelik sistemi

Olarak bu üç teorinin birleşmesinden oluşmaktadır (Pektekin, 2014).

Öz-bakım teorisinde, öz-bakımın ne demek olduğunu, öz-bakım eksikliği teorisinde, hemşirelerin hastalara neden yardımcı olması gerektiği, hemşirelik sistemleri teorisinde, hemşirelerin görevlerinin ne olduğunu açıklar. Ona göre bireyler öğrenir, ister ve öz-bakımlarını yapabilme yeteneğine sahiptirler (Pektekin, 2014).

Öz-bakım kuramı yaşamın devamlılığı adına öz bakım eylemlerinin ne amaçlı gerekliliğinin önemli olduğunu açıklamaktadır (Öztürk ve Karataş, 2008). Öz bakımın temeli, bireylerin kendi sağlığı için gerekli olan tüm sorumluluğu almaları ile ilgilidir (Özkan, 2014). Özbakım amaçlı davranışlar bireyin deneyim, eğitim durumu, ilgi ve

merakı sonucu oluşmaktadır. Kazanılan bu davranışlar bireyin sağlığını ve iyiliğini etkilemektedir. Orem'in ortaya koymuş olduğu teoriye göre insanlar öz-bakım ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumda farklı bir kişiye gereksinim duyarlar. Orem'e göre hemşire, bireylerin bu ihtiyaçların karşılanması noktasında yardım etme zanaatını kullanırlar. Hemşire bu yardımı ne şekilde yapacağı noktasında gerekli kararlar vermesini, hastanın yaşam şartlarını ve öyküsünü değerlendirmesini, hasta kişiler adına yardım çalışmalarına başlamasını ve bunun devamlılığı konusunda yol gösterir (Selçuk ve Demirbağ, 2019 ; Özkan, 2014).

Orem kuramında "hemşirelik tanılmasından" çok "hemşirelik hikâyesi" üzerinde durur. Hastada öz-bakım yetersizliği olup olmadığı ve bu yetersizliği gidermede bir güce sahip mi, bunun değerlendirilmesi yapılır. Hasta öz- bakımını yapabiliyorsa kimseye ihtiyaç duymaz fakat öz-bakımını yapamıyorsa yardıma ihtiyacı vardır. Bu aşamada hemşire-hasta planlama süreci başlar. Orem bu aşamaya "perspecti ve operation" yani "işlem önerme" olarak tanımlar (Pektekin, 2014).

Bu kuramın temel amacı, hasta bireyler kişisel öz-bakım ihtiyaçlarını karşılamada birilerine bağımlı veya bağımsız ihtiyaçlarını gidermesi üstünde durulur. Orem hemşirenin rolünü, hasta bireylerin sağlıklarını sürdürmelerinde, sakatlık veya hastalık halinde, bunların üstesinden gelebilme de yardımcı olan meslek üyeleridir (Pektekin, 2014).

Öz-bakım aşağıdaki durumlara hizmet ederse tedaviye yöneliktir.

- Yaşama ilgili süreçlerin ve normal işlevlerin sürdürülmesi
- Normal büyüme gelişme ile olgunlaşmanın desteklenmesi
- Hastalık ile sakatlık durumunun bakımı ve tedavi ile denetimi
- Yetersizlikten korunması veya bu durumun başka hallerde kompanse edilmesi
- Öz-bakım insan, kültür, çevre, yaşamın değerleri gibi durumlardan etkilenir (Kaptan ve Dedeli, 2012).

Öz-bakım bütün yaşam gereksinimlerini etkiler(Kaptan ve Dedeli, 2012).

- Hava,su ve besin
- Hareket olma ile istirahat
- Atık maddeler

- Yalnız olma ile toplumla etki halinde olma
- Hayat ve iyiliğin etkilenmesi
- Normal hali yansıtma

(Kaptan ve Dedeli,2012:18).

Ülkemizde Orem'in öz-bakım yetersizliği modeli; hemodiyaliz uygulanan hastalar, gebe kadınlar, periton diyaliz uygulanan hastalar, alkol bağımlılığı olan gençler, hipertansiyonlu, yaşlı, omurilik darbesi almış olan bireyler ve astım hastalar vb. üzerinde yapılmış olan birçok çalışmada kullanılmıştır (Yavaş Çelik, 2019).

Orem sağlık durumunu geliştirme ve hastalıktan korunma arzusu amacıyla kişi tarafından gerçekleştirilmesi gereken bütün öz-bakım faaliyetlerini Terapötik öz-bakım ihtiyaçları şeklinde tanımlamaktadır (Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

2.6.1. Terapötik Öz-Bakım Gereksinimleri;

Orem'e göre terapötik öz bakım gereksinimlerini de üç grup olarak sınıflandırmıştır. Bu üç alt grup; evrensel öz bakım gereksinimleri, gelişimsel öz bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleridir (Pektin 2014).

2.6.1.1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Evrensel öz bakım gereksinimi, tüm kişilerin yaşam döngüsünün tüm dönemlerinde gerekli olan gereksinimlerdir (Pektekin, 2014).

Kişilerin günlük eylemleri ile alakalı olan yeterli hava alımı, beslenme, su gereksinimlerinin sürdürülebilmesi, boşaltım ve defekasyon ile ilgili bakımın uygulanabilmesi, aktivite, sosyal etkileşim, yalnızlık ve dinlenme durumları arasındaki gerekli dengenin yaratılabilmesi, iyilik durumunun sürdürülebilmesi, fonksiyonelliğin geliştirilebilmesi vb. talep ve ana ihtiyaçları kapsamaktadır (Pektekin, 2014).

Evrensel Öz-Bakım eylemlerini Orem aşağıdaki şekilde ifade etmiştir (Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2019);

- Yeterli, su, hava ve besin alımının sürdürülmesi,

- Boşaltım sistemi ve dışkılama ile alakalı fonksiyonların gerçekleştirilmesi,
- Hareket ve dinlenme arasındaki ilişki dengenin sürdürülebilmesi,
- İyilik durumunun sürdürülebilmesi, bireyin ana yapı ve fonksiyonlarını bozacak risklerin önlenmesi,
- Bireylerin kısıtlılıkları ve istekleri arasındaki uyum dengesinin olması,
- Sosyal etkileşim ve yalnızlığın sürdürülmesi.

İnsanların bu gereksinimleri, yaş, ırk, sosyo-kültürel durum, yaşam şekli, aile durumu, çevre, öz-bakım güçleri ve bu değerlerin yeterli olması ile etkilenir (Pektekin, 2014).

2.6.1.2. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri

Kişinin gelişme büyüme esnasında oluşan gereksinimleridir (Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2019). İnsan gelişimini ve yaşamını sürdürmek amacıyla gerekli olan durumların devamını, gelişme durumunu etkilemekte olan olumsuz koşulların önüne geçici bakım aşaması ve gelişimsel aşamalarındaki ihtiyaçları kapsamaktadır (Öztürk ve Karataş, 2008). Yaşam döngüsün çeşitli aşamalarında meydana gelmekte olan gereksinimler olarak da tanımlanmaktadır (Ünsal Avdal ve Kızılcı, 2010).

Gelişimsel öz-bakım insanın gelişmesini de etkileyebilecek, eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, toplumsal mevki sorunları, terminal dönem hastalıkları, ölüm tehdidi altında olma ve sorunlardan en az etkilenerek atlatmak için verilen bakımın sağlanmasıdır (Kaptan ve Dedeli,2012). İnsanların bu dönemdeki gereksinimlerinin yerine getirilmemesi dengesinde bozulmalara neden olur. Bu durumda bireylerin terapötik öz-bakıma olan ihtiyacını artırır (Pektekin, 2014).

2.6.1.3. Sağlıktan Sapma Öz-Bakım Gereksinimleri

Bireylerin kendi evrensel öz bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları zamanda sağlık problemleri yaşaması durumunda öz bakım gereksinimi ortaya çıkmaktadır (Demirtürk Selçuk ve Demirbağ, 2019). Orem sağlıktan sapma durumlarında öz-bakımı sadece rahatsızlık aşaması, hastalık ya da sakatlık halinde karşılaşılan durum olarak açıklamaktadır (Kaptan ve Dedeli, 2012). Bireyin sağlığı iyi olmadığı zaman gereksinimlerini karşılayabiliyorsa sorun yoktur, fakat gereksinimlerini karşılayamıyorsa bu durumda hemşirenin yardımı gerekecektir (Pektekin, 2014).

2017 yılında Amerikan Kalp Birliği'nin yayınladığı kardiyovasküler hastalıklar ek olarak inmeden korunabilme ve öz bakımın yönetimi isimli rehberlerinde öz bakımı etkilemekte olan unsurlar aşağıdaki gibidir (Candan, 2021);

- Güven, bilgi, motivasyon ve beceri öz bakımı etkili bir şekilde gerçekleştirebilmek için gereklidir.

- Bilişsel durum, zayıf düzeyde öz yeterlilik, kronik hastalığa değişik zamanlarda eşlik eden diğer hastalıklar, depresyon öz bakımı etkilemekte olan bireysel faktörler arasında sayılabilir.

- Ailesel faktörlerden en önemlisi sosyal destek eksikliğidir.

- Öz bakımı etkilemekte olan önemli faktörlerden biri de toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerine erişimin olmaması ya da sınırlı düzeyde olmasıdır (Candan, 2021).

Orem'e göre kişiler kendilerini etkilemekte olan sağlıktan ayrılma durumları noktasında öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmede, ayrıca yetersizlik hissetmediği durumda hemşire bakımına ihtiyaç duymayacaktır. Bireyler sağlığı bozulup gereksinimlerini karşılayamayacak duruma geldikleri noktada hemşirelik bakımına gereksinim duyar (Yavaş Çelik, 2019).



Şekil 2.2: Öz-Bakım Gereksinimleri

Kaynak: Öztürk ve Karataş (2008)

Orem kuramının güçlü yanı öz-bakımı farklı sağlık düzeylerindeki bireyler için birincil olarak getirmesidir. Ne kadar aile, toplum ile çevre öz-bakım eylemi içinde değerlendirilse de odak nokta bireydir (Kaptan ve Dedeli, 2012).

2.7. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım

Hemodiyaliz geçici süreli bir tedavi yöntemi değildir, hastalar için hayatları boyunca devam etmekte olan bir süreç olup bu nedenle hastalar HD'le yaşamayı öğrenmek durumundadır (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, yeni gelişmelerle bile kontrol altına alınamayan çok sayıda fiziksel ve psikolojik stres faktörü ile karşı karşıyadır. Lancaster'a göre, "hemodiyaliz tedavisi gören hastalar yaşamın her alanında; aile sorunları, yaşamaya devam etmek için başkalarına bağımlılık, sosyal izolasyon, kendini hayal gücünde (beden) değişiklik, zihinsel gibi birçok stresli faktörle karşı karşıyadır (Atashpeikar, Jalilazar ve Heidarzadeh: 2012).

Hemodiyaliz hastalarında sayısız fiziksel ve psikolojik sorun göz önüne alındığında, bazı günlük aktivitelerini gerçekleştirme noktasında başkalarına bağımlıdırlar ve aslında tam olarak öz bakım yeteneklerine sahip değildirler (Atashpeikar, Jalilazar ve Heidarzadeh: 2012). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini artırmada farklı faktörler etkili olabilir. Bunlardan biri öz bakım yeteneğidir (Heidarzadeh, Atashpeikar ve Jalilazar : 2010).

HD hastalarında sağlıklı davranışları başlatmak ve sürdürebilmekte yararlanılan teknikler arasında hastanın genel durumuna özel öz yeterlilik algısının değerlendirilmesi yer almaktadır (Muz ve Eğlence, 2013). Hemodiyaliz tedavisi uygulanmakta olan hasta bireylerin hastalıkları boyunca ve hastalığın getirmiş olduğu semptomlarını kontrol etme noktasında öz bakımlarını tamamlayabilme düzeyleri oldukça önemlidir (Bağ ve Mollaoğlu, 2010). Bu öz bakım davranışları arasında diyet alımı sıvı kısıtlamasına uyum, düzenli ilaç kullanımı, stres ile başa çıkabilme yer almaktadır (Alemdar ve Pakyüz, 2015).

Hemodiyaliz tedavisi alan hasta bireylerin yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesi önerilmektedir ve bu noktada da olası komplikasyonların önlenmesi adına öz-bakım gücünün geliştirilmesi büyük bir öneme sahiptir (Alemdar ve Pakyüz, 2015).

HD hastalarının öz-yeterlilik, öz-bakım durumlarının değerlendirilmesi ve hastaların bu noktada desteklenmesi hemşirelik açısından da ayrıca önemlidir (Akpınar Bektaş,

vd., 2019). Bu noktada hemşirelere düşen görev; hasta kişilerin hemodiyaliz'e bağlı olarak yaşamış olduğu problemleri tanımlamak, hastaların problemlerinin üstesinden gelmede destek olarak hastaları kendi bakımları konusunda rehabilite etme ve hastanın uyum sağlaması konusunda danışmanlık yapmaktır (Şanlıtürk, Ovalı ve Kes: 2018). Bu durumda hemşireler hemodiyaliz uygulanan hastalar için öz-bakımlarını yapip yapamadıkları konusunda değerlendirme çalışmalar yaparak onların öz-bakımlarını ne kadar yapabildikleri, bunun sonucunda eğitim programları ile hastaları bilgilendirme ve bu konuda hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Kurbun, 2017 ; Kırıl ve Yurtsever, 2013).

Çeşitli çalışmalar, hemodiyaliz tedavisi uygulanan ileri kronik böbrek yetmezliği hastalarının çeşitli farmakolojik tedavilere, özel diyet programlarına bağlı olduklarını ve pek çok fiziksel ve psikolojik engele sahip olduklarını bu durumların da onların kendi kendine bakım becerilerinde sorun yaşamalarına neden olduğunu göstermektedir (Atashpeikar, Jalilazar ve Heidarzadeh: 2012). Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bakım gücü düzeyi ve tedaviye olan uyumun sağlanmasında sağlığı geliştirici eylemler, psikolojik ve fiziksel semptomların azaltılabilmesi arasında korelasyonun var olduğunu göstermektedir (Alemdar ve Pakyüz, 2015). Ayrıca; Atashpeikar, Jalilazar ve Heidarzadeh'in (2012) 2012 yılında gerçekleştirmiş olduğu araştırmada öz bakım yeteneği ile cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi ve medeni durum gibi bazı demografik özellikler arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu, ancak istihdam durumu ve hemodiyaliz süresi ile bir ilişkinin var olmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

2.8. Spiritüel Kavramı

Spiritüel; Latince'de yaşamın içeriğini büyük bir çerçevede ele almakta olan ve “nefes almak ve hayatta var olmak” anlamlarını taşımakta olan “spiritus” kelimesinden gelmektedir ve geniş bir ifadeyle yaşamı hissetmek anlamını taşımaktadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Spiritüel; bireyin kendine, doğal düzene daha yüksek bir yaratıcı güce, başkalarına, tanıdık ritüellere, dini uygulamalara ve anlamlı bir işe karşı bireyin ilişkisel boyutunu içerir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Spiritüel bireylerin kendilerini anlamalarını, kendilerine olan saygılarını ve kendileri ile başkalarını karşılaştırmalarına olanak sağlamaktadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Alman bilim insanı Walach; spiritüelin fizik ötesi tecrübeye dayanmakta olan bir idrak, kişisel benliği aşan ve onun da üzerinde olan bir gerçek olduğunu ifade etmektedir (Genç ve Durgun, 2018). Walsh spiritüeliteyi, metafizik-bilinç ötesi inanç ve uygulamaları içerisine alarak kapsayan yapı olarak ifade etmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Odnall'a göre spiritüel; her kişinin kendi içerisinde hissettiği ruhtur, kişilerin yaşamlarına anlam veren, kişinin hayatlarını etkileyen değerler bütünü oluşturmasında bireye yardım eden itici güçtür (Kostak, Çelikalp ve Demir: 2010). Mahoney ve Pargament'a göre spiritüelite tanrısal veya tanrısal olmayan şekillerde yaşanabilmektedir. Şöye ki; spiritüel olan şeyler insan hayatının birçok noktası ile bağlantı içerisindedir. Tanrı çevreyi yaratmış olarak görülür, beden ise kutsaldır şeklinde değerlendirilebilmektedir veya sevgi sonsuz olarak tanımlanabilmektedir. Hatta Tanrıya inancı olmayan bireylerin dahi spiritüel anlam yüklediği, durum veya bireyler bulunabilmektedir. Bu doğrultuda kişiler spiritüelliği hayatın çok fazla alanında görebilmektedirler. Spiritüelliğin kişiler açısından üç çeşit konjektürü vardır. İlgili bu konjektürlerden çıkarımlardan birincisi, insanların spiritüel-manevi nesnelere korumaya yöneliminin yüksek olmasıdır. İkincisi ise kişilerin spiritüel şeylerin arayışları esnasında kendilerine çok daha fazla yatırım yapıyor olmaları, kendilerini geliştiriyor olmalarıdır. Üçüncüsü ise, kişilerin hayatlarında olan spiritüel boyutlarından çokça anlam, doyum ve güç elde ediyor olmalarıdır (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Murray ve Zentner'e göre ise evrensel fenomen olarak tamamen kişisel, duygusal ve çoğunlukla insan yaşamının gizli bir alanı olarak dini inancı olsun veya olmasın tüm insanlara genellenebilen bir olgudur (Macit ve Karaman, 2019). McSherry ve Cash, spiritüel ile ilgili oluşabilecek olan görüş aralığı, genişliğini tanımlamakta olan sınıflandırma sunmaktadır. Örneğin; bir taraftan spiritüel tamamıyla dini gelenek içerisinde şekillendirilirken diğer yönden ise insancıl yaşam veya kişisel felsefe inancı ile ilgilidir (Ercan, Körpe ve Demir: 2018). Allport, Maslow, Erikson ve Fromm gibi alanında yetkin olan psikologlar bireyin gelişinde spiritüel deneyimin pozitif bir katkısının olduğunu belirtmişlerdir (Genç ve Durgun, 2018). Spiritüel ihtiyaçlar; kişilerin spiritüelaçından yoksunluklarını düşürecek ve spiritüel gücünü olumlu yönde destekleyecek gereksinimlerdir (Ercan, Körpe ve Demir: 2018). Her birey fiziksel, zihinsel, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması gerektiği ihtiyacını hissetmektedir (Erişen, Karaca ve Sivrikaya, 2017). Spiritüelitenin nihai sonucu ise kişilere hayatın içerisinde bir amaç ve anlam bulmada yardımcı olabilmektir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Spiritüelite kavramına olan ilgi 1960 yıllarda özellikle İkinci Dünya savaşı sonrasında daha çok artmıştır (Yılmaz, 2011). Literatürde spiritüeliteye olan ilginin artış göstermesinin nedeni olarak, maddi unsurların mutluluk sağlamıyor olması, modern ilimin acı çekme, ölüm ve kaygı durumlarında yaşamış olduğu bireysel anlam yitimi gösterme noktasında eksik kalıyor olması, ağrı vb. pek çok sorunun bilimsel yaklaşım aracılığıyla çözülüyor olması, şiddet vb. kültürel, sosyal sorunların artışı doğrultusunda cevap bulabilme isteği, anlamlı, huzurlu ilişki ve yaşam arayışı gösterilmektedir (Yılmaz, 2011).

Manevi açıdan iyi oluş, batı kültürlerinde ve ileri yaşlardaki kişilerin problemleri karşısında manevi açıdan iyiliğe duyulmuş olan bir gereksinim sonucunda meydana gelmiştir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Modern dönemin beraberinde getirmiş olduğu toplumsal, kültürel ve ekonomik değişimler ve teknolojik alandaki gelişmeler insanların hızlı hayat yaşamalarına neden olmaktadır. Modern ve post modern dönemlerin sembolü haline gelmekte olan bu hızlı yaşam içerisinde anlamsızlığa sürüklenmekte olan insanlar tarafından yeniden bir anlam arayışı başlamıştır. Post modern dönemin etkisinden bunalmış olan insanlar içsel yapısıyla huzur verecek bir arayışa yönelmişlerdir. Bu doğrultuda da spiritüelite ve spiritüel bakım kavramları devreye girmektedir (Genç ve Durgun, 2018).

Spiritüelite, günlük hayatın bilinç ya da metafizik ötesi özelliklerini, kişilerin yaşamlarındaki doğaüstü veya farklı türlü güçler ile bağlantısı noktasında açıklamakta olan çabalar olarak tanımlanır (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Spiritüel, ruhsal hayat ile alakalı olan maddi olmayan tüm varlık ve kavramları ifade etmektedir. Evrensel bir boyut olarak spiritüelite her bireyin hayatın olup, sevgi, umut, inanç ve güven gibi duyguları çağrıştırmaktadır (Ercan, Körpe ve Demir : 2018). Bir diğer tanımlamaya göre maddenin arka planı, onun anlam boyutudur (Genç ve Durgun, 2018).

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi spiritüelite kavramının özü, kişinin kendini, diğer kişiler ve Tanrı/Ulu büyük güç, hayatın amaç ve anlamını arama, ilgi, tutkunluk, inanç, umut vb. elementlerden oluşmaktadır (Yılmaz, 2011). Ayrıca tüm tanımlardan da anlaşılacağı gibi spiritüelite son derece kompleks bir kavram olmasına rağmen kişinin tüm varlığına nüfuz eden, canlılık ve enerji veren bir nevi ana damardır (Macit ve

Karaman, 2019). Kavramile ilişkili tanımların ortak noktası yaşamın “amaç - anlam” ile algılanmasıdır (Yılmaz, 2011).

İnsanlara sorunları ile başa çıkabilmek için güç, umut, huzur ve rahatlama sunarken aynı zamanda; sağlıklarının daha iyi olmasını sağlama ve hastalıkları önleme, ağrıyı ve acıyı azaltma, stres ve depresyonu azaltma ve bunlarla baş etme, kişilerin sosyal sorumluluk üstlenmelerini sağlama, yaşam kalitesini artırma, kişilerin hastalıklarını kabullenmesini sağlayabilme noktalarında yararlı olarak kişilere fayda sağlamaktadır (Gümüş, Baran ve Zengin: 2014).

Hastaların spiritüel gereksinimleri; dini gereksinimler, aktif uygulamalara yönelik ihtiyaçlar, iç huzurun sağlanabilmesine yönelik ihtiyaçlar ve varoluşsal ihtiyaçlar olarak açıklanmıştır (Uğurlu ve Başbakkal, 2013). Spiritüel (manevi) gereksinimler fiziksel gereksinimlere oranda karmaşıktır ve soyut oldukları için ölçümü güçtür. Bu sebeple kişilerin sağlık hizmeti bakımında açık olup kolayca ölçülmesi mümkün olan fiziksel ihtiyaçlar öncelikle değerlendirilirken spiritüel gereksinimler göz ardı edilebilmektedir (Akgün Kostak, Çelikalp ve Demir: 2010).

Spiritüelite en geniş anlamıyla hemşireliğin ontolojik temelinin bir parçası olarak insan sağlığı ve gönencinde önemli insani boyut olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda da hemşireliğin ayrılmaz ve temel bir parçası olarak değerlendirilir (Macit ve Karaman, 2019).

Hemşirelik literatüründe spiritüel boyut farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Macit ve Karaman, 2019);

- Varlığın anlam ve amacını arayış,
- Kendi öz benliğinden üstün olan ancak her kişi tarafından kendine özgü olacak şekilde tanımlanan yüce bir güce ulaşma arayışı,
- Kişilere motivasyon, ümit ve ilham verme, kişileri, hakikat, aşk, güven, güzellik ve yaratıcılık değerlerine yöneltme.

Maneviyat (spiritüel); hastaya ve ailesine ölümle sonuçlanabilecek güç durumlarında veya hastalık durumlarında duygusal bir yapı sağlar ve zor durumlarla baş etmelerine destek olur (Uğurlu ve Başbakkal, 2013).

Ayrıca bütüncül yaklaşımın sağlık bakımında benimsenmesi ile birlikte spiritüel bakımın önemi giderek belirgin hale gelmektedir (Kavak, vd., 2014). Beden, ruh (spirit) ve akıl arasında sıkı bir ilişkinin varlığını kabul etmekte olan bireysellik üzerine odaklanmakta olan holistik bakım yaklaşımında, insanın tüm boyutlarının kendine has biricik olmakla eş zamanlı olarak birbirlerine bağlılığı belirtmektedir. Spiritüel boyut sağlıkla ilgili olan dinamikler, davranış, tutumlar üstünde güçlü bir etkisi bulunması dolayısıyla holistik-bütüncül bakım kavramının "temel elementi" olarak düşünülmektedir (Yılmaz, 2011).

Florence Nightingale; sağlık adına spiritüel ihtiyaçlar vücudu oluşturmakta olan fiziksel organlar kadar önemli unsur olduğunu ve bununla da spiritüel bakımın önemine vurgu yapmıştır. Virginia Henderson ise geliştirdiği hemşirelik teorisinde Marslow'dan feyz alarak insanların ana gereksinimlerine odaklanarak bunun üstüne kurmuş ve sosyal, psikolojik, manevi - spiritüel boyutları kapsamakta olan on dört ana gereksinim üzerinde durmaktadır. Roper, Neuman ile arkadaşları sağlık çalışanları için olan teorilerinde bütüncül temelli olan holistik bakımı, spiritüeliteyi ekleyerek teorilerini yeniden düzenlemiş ve düzenlemenin nedenini de spiritüel uygulamaların faydaları ile açıklamaktadırlar (Kavas ve Kavas, 2015). Kişilerin spiritüel ihtiyaçlarının değerlendirilmesi bütüncül-holistik bir sağlık yaklaşımı açısından gereklidir (Uğurlu ve Başbakkal, 2013).

2.9. Spiritüel Bakım

Spiritüel bakım, ileri yaş, özürlü olma ve kronik hastalıktan dolayı bakım ihtiyacı olan bireylere manevi bakımdan destek sağlama ve yardımcı olma hizmetidir. Sosyal olarak spiritüel bakım, bakıma ihtiyacı olan bireylerin maneviyatını güçlendirmek, yaşama gücünü arttırmak ve ruhsal hayatı ile barış içinde olmasını ve spiritüel korkularını gidermeye odaklanmış, bireye bütüncül olarak verilen bir hizmet olarak tanımlanmaktadır (Seyyar, vd., 2015).

Kişinin iyilik halini devam ettirebilmesi noktasında sosyal, ruhsal, fiziksel sağlığına ek olarak spiritüel (manevi) noktada sağlığının da değerlendirmeye alınıyor olması gerekmektedir (Uğurlu ve Başbakkal, 2013). Spiritüelitenin hem insan hayatında hem de sağlık hizmetlerindeki konumu faydaları ve yoksunluğunun sakıncaları değerlendirildiğinde sağlık kurumlarında spiritüel bakım hizmetinin sunumu

gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Macit ve Karaman, 2019). Hayata tutunmayı sağlamakta olan telkin ve uygulamaların tümü spiritüel (manevi) bakım ile alakalıdır (Genç ve Durgun, 2018). Ayrıca spiritüelite ve spiritüel bakım kavramları bireylerin yapılarında doğuştan var olmuş olan soyut kavramlardır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Hastanın yaşamında spiritüel bakım, hastalık ve problemlerinin üstesinden gelmeli ve onların içinde anlam, amaç ayrıca yön bulmalarını sağlar. Başa çıkma mekanizması olarakda kullanılabilir. Özellikle fiziksel hastalıklarla ilişkili psikolojik durumun stresli etkilerinin üstesinden gelmede yardımcı olması için güç ve destek kaynağı olmasını sağlar (Musa, Pevalin ve Al Khalaileh, 2018).

Spiritüel (manevi) bakım; hasta bireylerin ihtiyaçlarının farkına varmak, saygı göstermek, dini ritüellere katılımlarını kolaylaştırmak, dinleyip konuşarak bireylerle iletişimde bulunmak, ilgi göstererek hasta ile beraber olmak, desteklemek, empati göstermek, hem hayatın genelinde hem de hastalık noktasında anlam, amaç arayışlarına destek olarak öznel gönençleri desteklemek ve gerekli durumlar da din adamları da dahil olarak diğer profesyonellere yönlendirmeyi kapsamakta olan bir hizmettir (Macit ve Karaman, 2019). Spiritüel (manevi) bakımın diğer bir tanımı ise, bir başka kişinin ruhuna dokunabilme çabası, insanın deneyim ve değerlerinin karşılıklı tanımının bir dizi yüksek değişen kişilerarası süreçleri, hasta ve hemşire arasında hastanın manevi iyi olma durumunun geliştirilmesini amaçlayan kasıtlı ve etkili işlemler olarak belirtilebilir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Spiritüel bakım inanç ve din desteğidir. İnsanların herhangi bir durum karşısında yaşayabilecekleri kriz durumlarında kişilere din ve inanç noktalarında destek olmak, danışmanlık yapmak, dini ritüellerini yerine getirmelerinde onlara rehberlik etmek, hayatın amaç ve anlamını adlandırabilmelerinde eşlik edebilmektir (Genç ve Durgun, 2018). Spiritüel bakım; bakıma ihtiyacı olan kişilerin maneviyatını (bireysel morallerini, gelişimlerini) güçlendirmeyi, hasta bağlılık seviyelerini arttırmayı, spiritüel-iç dünyası ile barışık olmalarını, kişilerde yaşanan spiritüel korku, sapmaları önlemeyi amaçlamaktadır (Macit ve Karaman, 2019). Kişilerin kendi kendine manevi bakımı kişilerin hayatları boyunca sağlık ve hastalıkta kendilerini daha iyi hissedebilmek adına gösterdikleri kişisel davranışların ana ruhsal tabanlı deneyimleri olarak tanımlanabilir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Spiritüel (manevi) bakım koşulsuz bir sevgi üzerine kuruludur ve kişinin eşsiz değerini onaylayarak; kişilerin manevi ve kültürel inançlarının, duygularının, fiziksel durumlarının, kültürel bağlantılarının ve düşüncelerinin etkisi altındadır. Spiritüel bakım kişilerin hayatlarında yaşadıkları güçlükleri daha kolay bir şekilde atlatmasını ve olayları daha kolay kabullenebilmelerini sağlamaktadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Spiritüel (manevi) bakım sunumu, kriz durumlarında hasta kişileri kendileri ile ilgili olarak olumlu bir bakış açısı sağlama, kişisel saygısını olumlu düzeyde yükseltme noktalarında desteklemektedir (Ercan, Körpe ve Demir: 2018). Kişilerin sıkıntılı, acılı, korku dolu ve üzüntülü dönemlerinde aniden gelen (ameliyat, hastalık, sakatlık vb.) kriz durumlarında onlara inanç ve din desteği sağlamak, ibadet ve adetlerini yerine getirebilmelerinde yol göstermek, soru ve sorunların çözümünde etkili olmak, onların yanında olmak, yaşamlarına mana ve yeni bir anlam verebilmekte destek olmaktır. Ayrıca spiritüel bakım; hasta bireylerin hayatta amaç ve anlam bulmaları ve hastalıkları ile uygun başa çıkma stratejileri öğrenmelerine yardımcı olmaktadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Yapılan araştırmalarda spiritüelitenin iyilik, sağlık ve yaşam kalitesi üzerine belirgin etkisi olduğu belirtilmek ile birlikte hastalıkların iyileştirilmesinde de önemli bir yeri ve rolü olduğu vurgulanmaktadır (Kavak, vd., 2014). Stres ile başa çıkmada, mortalite oranlarının azaltılması, depresyonun giderilmesi, hastalıkların iyileşmesinde spiritüel (manevi) uygulamalar önemli ve etkin güce sahiptir (Ercan, Körpe ve Demir: 2018). Literatürde spiritüel bakımın anksiyete ve ağrının azalmasına, mental, psikolojik ve fizyolojik rahatlığı artırarak iletişim üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (Kavak, vd., 2014). Ayrıca yapılan diğer araştırmalar hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilebilmesinde, anksiyete, depresyon ve ağrının azaltılabilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve sorunlar ile başa çıkma noktasında inanç ve dinsel aktivitelerin yararlı olduğunu göstermektedir (Kavas ve Kavas, 2015). Sağlık hizmeti sunumunda manevi desteğin yokluğu yaşam tatmininde azalma, sunulmakta olan hizmetten hoşnutsuzluk, sağlık kurumunun imkanlarının daha az kullanımı, agresif tedavi ve artan maliyetlere neden olabilmektedir (Macit ve Karaman, 2019).

2.9.1. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik

Hasta kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması ve iyileştirilmesi amacıyla maneviyat ve spiritüel (manevi) bakım oldukça büyük bir öneme sahiptir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Her birey spiritüel yaklaşım veya spiritüel bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu bakımın ise kimi zaman yakın çevreden kimi zaman arkadaş çevresinden ve çoğu zamanda sağlık personellerinden karşılanması beklenir. Spiritüel bakım noktasında asıl önemli olan hasta bireylerin manevi ihtiyaçlarının belirlenerek hastaya bu doğrultuda bir manevi bakımın sağlanabilmesidir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

Hemşirelik mesleğinde oldukça büyük bir önem arz etmekte olan spiritüel (manevi) bakım; tüm insanların doğuştan gelmekte olan kişilik değerlerini tanıyabilme ve spiritüel bakım konusunda şefkatli bir yaklaşım olarak tanımlanabilir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). 2012 yılında yeniden gözden geçirilmiş olan Uluslararası Hemşireler Konseyi hemşireler için etik kodların ilk maddesinde de “hemşirelerin bakım hizmeti sunarken hem bireyin hem de toplumun insani hakları, değerleri, gelenekleri ve spiritüel inançlarına saygı gösterilecek bir ortamı teşvik ediyor olması gerektiğini ifade etmiştir (Macit ve Karaman, 2019).

Hemşirelik mesleği profesyonelleri hastalara spiritüel bakım sağlarken aşağıdaki hususlara dikkat etmelidir (Erişen ve Karaca Sivrikaya; 2017);

- Hasta bireylerin dini inanışları ve manevi ihtiyaçları belirlenmeli,
- İnançlar ve dinler hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı,
- Hasta birey ve aile üyelerinin kendisini anlatabilmelerine fırsat tanınmalı ve titiz bir şekilde iletilenler dinlenerek yargısız kabul edilmeli, dürüst ve doğal şekilde yaklaşılmalı,
- Hasta kişilerin manevi bir danışman talep etmeleri durumunda ilgili görevlilere yönlendirilmeli,
- Hastaların dini yönden önem verdikleri eşyalara saygı gösterilmeli,
- Etkin ve doğru çözümler bulabilmek amacıyla diğer görevli kişiler ile işbirliği yapılmalıdır.

2.9.2. Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Hastalarda Spiritüel Bakım

Kronik hastalıklar hayat boyu devam etmekte olan, iyi olmadurumu bulunmayan, tam olarak tıbbi tedavi olanağı kısıtlı olan, hasta kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmelerini kısıtlayan ve aynı zamanda hastalık devam ederken bile olumsuz akut değişikliklere neden olabilen hastalıklardır (Ayık ve Yılmaz Karabulutlu, 2020). Kronik böbrek yetmezliği hasta bireylere fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal açılardan birçok kayıp yaşatmaktadır (Özsoy ve Kulu, 2020). Alışılması zor hastalık gibi bir durum ile karşılaşıldığında, bireylerin bu durumu kabullenmesi oldukça zorlaşabilir. Bu gibi kabullenilemeyen yaşamsal olay ve durumlar ile başa çıkmak neredeyse imkanı olmayabilir. Son dönem böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklar kişilerin hayatları süresince devam etmektedir ve iyileşme süresi bulunmamaktadır aynı zamanda tam anlamıyla tedavisi kısıtlıdır ve aktivitelerde bireylerin bu aktiviteleri yerine getirebilmelerini engellemekte, hastalığın normal seyirinde devam ettiği durumlarda dahi olumsuz şekilde akut değişiklikler gerçekleşebilmektedir (Ayık ve Karabulutlu, 2020).

Spiritüelite kronik hastalıklarla baş etmede önemli bir kaynak olarak kabul edilmekte ve kronik hastalıklarda fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı geliştirmede etkili olmaktadır. Spiritüelite, hastalara hastalık ve acılarının gerçeklerini aşmak ve yaşamlarında kendi hastalıkları bağlamında anlam, amaç ve yön bulmaya yardımcı olmakla beraber, bireyler tarafından fiziksel hastalıklarla ilişkili psikososyal problemlerin stresli etkileriyle başa çıkmaya yardımcı olması için özellikle bir güç ve destek kaynağı olarak kullanılabilirler (Rambod, vd., 2020).

Bireylerin yaşamlarının her alanını kapsamakta olan bu durum ile başa çıkabilmeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Hastalık ile başa çıkmayı kolaylaştırmakta olan en önemli öge hastalığın kabul edilebilmesi ve otonominin sağlanabilmesidir. Hastalıklarını kabul eden bireylerin olumsuz duyguları azalmakta, geliştirici ve koruyucu yönlü sağlık davranışlarında artış olmaktadır. Bireylerin hastalıklarını yaşamakta olduğu kısıtlamalar, engeller ve değişikliklere karşın kabullenebilmeleri; sağlıklarını dengede tutabilme ve hastalıkların beraberinde getirmekte olduğu problemlerle durumlar ile başa çıkabilme bunun ile birlikte yaşam kalitesinde iyileşmenin sağlanmasına katkı sağlayacaktır (Ayık ve Karabulutlu, 2020).

Kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalar, yorgunluk, halsizlik, hipertansiyon, bulantı, kusma, fistül problemler, kaşıntı, sırt-göğüs ağrıları, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, enfeksiyona eğilim gibi fizyolojik sorunları aynı zamanda, diyaliz cihazına, aileye, sağlık ekiplerine bağımlılık, sosyal aktivitelerdeki azalma, iş gücü-ekonomik kayıplar, beden görünümünde olumsuz değişimler, aile içi rollerdeki değişim ve benzer pek çok psiko-sosyal ve manevi (spiritüel) sorunlara uyum sağlamak durumunda kalmaktadırlar (Ayık ve Yılmaz Karabulutlu, 2020). Hastalığın yaratmış olduğu semptomlar ile uğraşıyor olmak, belirli diyet programına bağlı olmak, fiziksel görünümde yaşanan değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, mesleki ve aynı zamanda toplumsal amaçlarını yeniden değerlendiriyor olmak durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisi hasta kişilerin yaşamının tüm alanlarını etkilemektedir (Özsoy ve Kulu, 2020).

Hemodiyaliz tedavisinde, hasta kişiler hayatlarını devam ettirebilmek için zorunlu olarak makineye bağımlı olma durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Buna ek olarak da; düzenli ilaç kullanma, belirli bir diyetle bağlı, sıvı kısıtlamaları, tedavinin gün içerisinde uzun süre devam etmesi ve tedavi doğrultusunda cinsel sorunlar ve fiziksel görünümde yaşanan değişimler gelmektedir (Ok ve Işıł, 2019). Ayrıca uzun süreli HD tedavisi, hasta bireylerin kişilik ve yaşam stillerinde değişikliklere neden olarak hastaların anksiyete ve depresyon benzeri psikososyal problemler yaşamalarına neden olmaktadır (Şanlıtürk, Ovayolu ve Kes: 2018). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarında bireysel yaşamlarının her alanında sıklıkla psikiyatrik semptomlar görülebilmektedir. Anksiyete ve depresif bozukluk en sık karşılaşılmakta olan psikiyatrik tanılardır (Özsoy ve Kulu, 2020).

KBY hastalarının hemodiyaliz tedavisinin ortaya çıkarmış olduğu semptomlar ve bu semptomların şiddeti her bir hasta bireyde bireysel farklılıklar göstermekle beraber bu semptomların şiddeti ve sıklığının artmasıyla birlikte hastalar gelecekle ilgili belirsizlik ve ümitsizlik duyguları yaşamakta ve yaşam kaliteleri de bozulmaktadır (Hindistan ve Deniz, 2018). Hastalık gibi alışılabilmesi güç olan bu durumlar kişilerin günlük yaşantılarında kabullenmesi oldukça güçleşebilmektedir. Kabullenilemeyen ve alışılmayan bu yaşamsal durumların üstesinden gelebilmek ise oldukça güç olmakta ve hatta mümkün olmayabilmektedir (Ayık ve Yılmaz Karabulutlu, 2020). Hasta kişiler bu kısıtlayıcı tedavi uygulamaları doğrultusunda uyum güçlüğü yaşıyor olmalarının yanı sıra bağımlılık, ölüm gibi kavramlar ile de yüzleşmek durumunda

kalmaktadırlar (Ok ve Işıl, 2019). Bu bağlamda da birçok hasta birey yaşadığı bu problemlili durumlara destek ve rahatlama sağlayabilmek için maneviyata ve inançlarıyla birlikte dine bağlanır. Literatür incelendiğinde hemodiyaliz tedavisi alan hasta bireylerin yaşamakta oldukları psiko-sosyal problemlerin üstesinden gelebilmek adına en yaygın yöntemlerden olan spiritüel ve dini baş etmeden yararlandığını göstermektedir (Ayık ve Yılmaz Karabulutlu, 2020).

Hastalık durumu ile başa çıkabilmeyi en önemli unsur hasta bireyin hastalığını kabul etmesinin sağlanmasıdır. Hastalığını kabul eden kişilerin olumsuz duygularında azalma, koruyucu ve geliştirici sağlık davranışlarında ise artış gelişecektir (Ayık ve Yılmaz Karabulutlu, 2020). Bu noktada da spiritüel (manevi) bakım hasta bireylerin yaşamlarında bir anlam ve amaç bulabilmelerinde ve hastalıkları ile etkin olarak başa çıkma stratejilerinde yardımcı olmaktadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Hemodiyaliz tedavisinin beraberinde getirmiş olduğu depresyon ve anksiyetenin önlenmesine yönelik öneriler arasında spiritüel iyilik halinin geliştirilmesi, artırılması etkili olacaktır (Şanlıtürk, Ovayolu ve Kes: 2018).

Hemodiyaliz tedavisi, hastanın bütün yaşamını etkilemektedir. Birey, yaşamında ortaya çıkan psiko-sosyal, fiziksel değişiklikler, benlik duygusu vb. gibi durumlara uyum gösterdiği sürece hastalıkla başa çıkabilir ve hemodiyalizle uyumlu bir biçimde yaşamını devam ettirebilir. Hemşire, ilk aşamada hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaya verdiği eğitimle, bireyin hemodiyaliz tedavisi sonrasında gelişen veya gelişebilecek problemlerin çözümlenmesi sırasında bireyin hastalıklara ayrıca yaşama uyum sağlamasına yardımcı olur. Bu aşamada hemşirelik bakımı ve hemşirenin vermiş olduğu eğitim önemlidir (Durmuş, 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi” amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda öz-bakım gücü seviyeleri nedir?
- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre öz-bakım gücü seviyeleri farklılık göstermekte midir?
- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların spiritüel bakım gereksinim düzeyleri nedir?
- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre spiritüel bakım gereksinim düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta bireylerde öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimi arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan 4 diyaliz merkezinde 26 Şubat 2021-26 Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde Avrupa yakasında yer alan hemodiyaliz tedavisi uygulanan 800 hasta oluşturdu. Örneklem sayısı; evrendeki birey sayısı bilindiği durumda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(800)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.04)^2(800-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n= 343 minimum toplam hasta sayısı

Örneklemin büyüklüğü 343 olarak bulunmuştur. Ancak veri toplama araçlarının eksik doldurulması gibi nedenlerle örneklem büyüklüğünün %15 fazlası olan 400 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Ek-3) ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği (Ek-5) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan (Aylaz, 2010; Köktürk Dalcalı, 2019; Esendir ve Kaplan, 2018; Ören, 2010; Ören ve Enç, 2013; Yılmaz, 2011), Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, hasta bireylerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni

durumu, çocuk sayısı, aile yapısı, mesleki durumu, sosyal güvencesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, hemodiyaliz tedavi gördüğü süre, hemodiyaliz uygulamasının haftada kaç kez yapılma durumu, kronik hastalık varlığı, hastalığın aile ilişkilerini etkileme olmak üzere 19 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Öz-Bakım Gücü Ölçeği, Ören (2010) tarafından geliştirilmiş olup, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek ilaç kullanımı (1,2,3,4,5 ve 18. ifadeler), diyet (8,9,10,11 ve 12. maddeler), kendini izleme (6,7,13 ve 14. maddeler), hijyenik bakım (15,16,17 ve 19. maddeler) ve ruhsal durum (20,21 ve 22 maddeler) olmak üzere 5 alt boyut ve 22 maddeden oluşmakta olup, 3'lülükert şeklinde ve 2-“Her zaman”, 1-“Bazen” 0-“Hiç bir zaman” arasında derecelendirilmektedir. Ölçekte 12, 20, 21 ve 22. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-44 arasında olup, ölçekten alınan düşük düzeydeki puan öz-bakım gücünün iyi olmadığını, yüksek düzeydeki puan ise iyi olduğunu göstermektedir (Kurbun, 2017; Ören, 2010; Ören v Enç, 2013; Ören ve Enç, 2014).

3.5.3. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği

Wu ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğini Ülkemizde İsmailoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, anlam ve umut (1-12, 14), önemseme ve saygı (13, 15-21) olmak üzere 2 alt boyut ve 21 maddeden oluşmakta olup, 5'lilikertşeklinde ve 1- “Hiç gerekli değil”, 2 - “Gerekli değil”, 3 - “Fark etmez”, 4 - “Gerekli”, 5 - “Kesinlikle gerekli” arasında derecelendirilmektedir. Ölçek toplam puanın yükselmesi, hasta bireylerin spiritüel bakım gereksinimine daha çok ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (İsmailoğlu, vd., 2019).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hemodiyaliz tedavisi gören hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya gönüllük esasıyla katılmayı kabul eden hastalarda, veri toplama araçları yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerde NCSS (Number Cruncher Statistical System) programından yararlanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları durumu Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermekte olan nicel değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmalarında ise Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası kıyaslamalarında ise Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermekte olan nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmaları Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler ile sağlanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası kıyaslamalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek-8). Örneklem kapsamına alınan her bir hastaya araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra gönüllülük esaslı doğrultusunda araştırmaya katılan hastalar bilgilendirilmiş ve onay formu ile yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçları ölçeklerle ilgili olarak yazılı izin alınmıştır (Ek 2-4).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan 4 diyaliz merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları diyaliz merkezlerinde tedavi olan hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların gönüllülük esasıyla sınırlıdır. Farklı merkezlerde tedavi gören hastalar genelleme yapılmamaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma hemodiyaliz tedavisi uygulanan astalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla İstanbul ilinde Avrupa yakasından bulunan 4 özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi uygulanan 400 hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile aktarılacaktır.

- Hastaların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular
- Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular
- Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği İle İlgili Bulgular
- Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Bulgular
- Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

4.1. Hastaların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Hastaların demografik özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 400)

Özellikler	n	%
Yaş		
Ort: 57.10;SS:12.95		
Min:18;Max:83		
Yaş		
≤30 yaş	21	5,3
31-40 yaş	22	5,5
41-50 yaş	68	17,0
51-60 yaş	91	22,7
61-70 yaş	153	38,3
>70 yaş	45	11,2
Cinsiyet		
Kadın	165	41,3
Erkek	235	58,7

Tablo 4.1: Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N= 400) (Devamı)

<u>Özellikler</u>	n	%
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	293	73,3
Bekar	67	16,7
Dul	40	10,0
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okuryazar Değil	55	13,8
İlköğretim	191	47,7
Ortaöğretim	56	14,0
Lise	63	15,7
Lisans	35	8,8
<u>Cocuk Sayısı</u>		
Yok	68	17,0
1	31	7,8
2	117	29,2
3	84	21,0
≥4	100	25,0
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek	321	80,3
Geniş	79	19,7
<u>Çalışma Durumu</u>		
Evet	71	17,8
Hayır	329	82,2
<u>Yaşanılan Kişi</u>		
Aile	364	91,0
Bakıcı	13	3,2
Yalnız	23	5,8
<u>Meslek</u>		
Emekli	164	41,0
Memur	9	2,3
Ev Hanımı	136	34,0
İşçi	37	9,3
Serbest Meslek	54	13,4
<u>Gelir Durum</u>		
İyi	129	32,3
Orta	235	58,7
Kötü	36	9,0
<u>Sosyal Güvenlik</u>		
Ücretli	5	1,3
Emekli Sandığı	34	8,5
Bağ-Kur	80	20,0
SSK	281	70,2

Çalışmaya katılan hasta bireylerin yaşları 18 ile 83 arasında değişmekte olup, ortalama 57.10 ± 12.95 olarak saptanmıştır. Hastaların %5.3'ünün (n=21) 30 yaş ve altında, %5.5'inin (n=22) 31-40 yaş arasında, %17'sinin (n=68) 41-50 yaş arasında, %22.7'inin (n=91) 51-60 yaş arasında, %38.3'ünün (n=153) 61-70 yaş arasında ve %11.2'sinin (n=45) 70 yaş üzerinde olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Hastaların %41.3'ünün (n=165) kadın, %58.7'sinin (n=235) erkek olduğu, %73,3'ünün (n=293) evli, %16,7'sinin (n=67) bekar ve %10'unun (n=40) dul olduğu, %13,8'inin (n=55) okuryazar olmadığı, %47,7'sinin (n=191) ilköğretim, %14'ünün (n=56) ortaöğretim, %15,7'sinin (n=63) lise, %8,8'inin (n=35) lisans mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Hastaların %17'sinin (n=68) çocuk sahibi olmadığı, %7,8'inde (n=31) 1 çocuk , %29,2'sinde (n=117) 2 çocuk , %21'inde (n=84) 3 çocuk , %25'inde (n=100) 4 ve üzeri sayıda çocuk sayısına sahip olduğu, %80,3'ü (n=321) aile tipinin çekirdek, %19,7'sinin (n=79) geniş ailesinin olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Hastaların %17,8'i (n=71) çalıştığı, %82,2'si (n=329) çalışmadığı , %91'inin (n=364) ailesiyle yaşadığı, %1,8'inin (n=7) bakıcısıyla, %5,8'inin (n=23) yalnız ve %1,5'i (n=6) diğer kişilerle yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.1.) .

Hastaların %41'inin (n=164) emekli, %2,3'ü (n=9) memur, %34'ü (n=136) ev hanımı, %9,3'ü (n=37) işçi ve %13,4'ü (n=54) serbest meslek sahibi olduğu, %32,3'ünün (n=129) gelir durumunun iyi, %58,7'sinin (n=235) orta ve %9'unun (n=36) kötü olduğu, %1,3'ünün (n=5) sosyal güvencesinin ücretli, %8,5'inin (n=34) Emekli Sandığı, %20'sinin (n=80) Bağ-Kur ve %70,2'sinin (n=281) SSK olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=400)

Özellikler	n	%
Sağlık Durumu		
İyi	119	29.8
Orta	249	62.2
Kötü	32	8.0
Kronik hastalık*		
Yok	75	18.7
Var	325	81.3
Diyabet	139	42.8
Hipertasyon	199	61.2
Periferik Vasküler Hastalıklar	18	5.5
Kronik Kalp Yetmezliği	37	11.4
Diğer	30	9.2
Hastalığın aileyi etkileme durumu		
Evet	157	39.3
Hayır	243	60.8

Tablo 4.2: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=400) (Devamı)

Özellikler	n	%
<u>Aktiviteler ile ilgili yardımcı olan kişi</u>		
Evet	295	73.8
Hayır	105	26.3
<u>Yardımcı olan kişiler (n=295)*</u>		
Eş	195	66.1
Çocuklar	196	66.4
Kardeşler	25	8.5
Anne/Baba	29	9.8
Arkadaşlar	5	1.7
Komşu	3	1.0
Bakıcı	8	2.7
<u>Hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumu</u>		
Evet	322	80.5
Hayır	78	19.5
<u>Hemodiyaliz süresi</u>		
2 Kez	40	10.0
3 Kez	360	90.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların %29,8'i (n=119) sağlığını iyi olarak değerlendirdiği, %62,2'si (n=249) orta, %8'i (n=32) kötü olarak değerlendirdiği görülmüştür (Tablo 4.2.)

Hastaların %81,3'ünde (n=325) kronik bir hastalık olmadığı, kronik hastalığı olan hastaların %42,8' inde (n=139) diyabet, %61,2'sinde (n=199) hipertansiyon, %5,5'inde (n=18) periferik vasküler hastalıklar, %11,4'ünde (n=37) kronik kalp yetmezliği ve %9,2'sinde (n=30) diğer hastalıkların olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.). Hastaların %39,3'ü (n=157) hastalığının aile ilişkilerini etkilediğini, %60,8'inin etkilenmediği görülmüştür (Tablo 4.2.). Hastaların %73,8'i (n=295) aktiviteleri ile ilgili yardımcı olan kişilerin olduğunu belirtirken, yardımcısı olanların %66,1'i (n=195) yardımcısının eşi, %66,4'ü (n=196) çocukları, %8,5'i (n=25) kardeşleri, %9,8'i (n=29) Anne/babası, %1,7'si (n=5) arkadaşları, %1'i (n=3) komşu ve %2,7'si (n=8) bakıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.). Hastaların %80,5'i (n=322) hemodiyaliz konusunda eğitim aldığı, %10'u (n=40) hemodiyaliz uygulamasına haftada 2 kez, %90'ı (n=360) 3 kez gittiği görülmüştür.

4.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği İle İlgili Bulgular

Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği ile ilgili bulguları Tablo 4.3. ve 4.4.'de, gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Toplam ve Alt Boyut Dağılımı

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SS
İlaç Kullanımı	6	0-12	8.21±2.41
Diyet	5	0-10	6.52±1.68
Kendi Kendine İzlem	4	0-8	3.87±1.86
Hijyenik Bakım	4	0-8	6.63±1.56
Ruhsal Durum	3	0-6	3.32±1.74
Toplam Puan	22	4-44	28.54±6.44

Çalışmaya katılan hasta bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği “İlaç Kullanımı” alt boyutlarından almış oldukları puanlar 0 ile 12 arasında değişmekte olup, ortalama 8,21±2,41, “Diyet” alt boyutlarından aldıkları puanlar 0 ile 10 arasında değişiklik göstermekte olup, ortalama 6,52±1,68, “Kendi Kendine İzlem” alt boyutlarından aldıkları puan 0 ile 8 arasında değişiklik göstermekte olup, ortalama 3,87±1,86 olarak, “Hijyenik Bakım” alt boyutlarından aldıkları puanlar 0 ile 8 arasında değişiklik göstermekte olup, ortalama 6,63±1,56 olarak, “Ruhsal Durum” alt boyutlarından aldıkları puanlar 0 ile 6 arasında değişiklik göstermekte olup, ortalama 3,32±1,74 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 4 ile 40 arasında değişiklik göstermekte olup, ortalama 28,54±6,44 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400)

		Öz Bakım Gücü Ölçeği						
		İlaç Kullanımı	Diyet	Kendi Kendine İzlem	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	Toplam Puan	
Özellikler	n	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş Grup	≤30 yaş	21	8,71±2,31	6,81±1,83	4,19±1,83	7,24±1,18	4,62±1,69	31,57±6,15
	31-40 yaş	22	8,41±2,30	7,05±1,76	4,45±2,02	6,45±1,87	4,18±1,68	30,55±7,54
	41-50 yaş	68	8,74±2,24	6,12±1,69	3,60±1,88	6,94±1,33	3,15±1,80	28,54±6,15

Tablo 4.4: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400) (Devamı)

Özellikler	n	Öz Bakım		Güçü	Ölçeği		Toplam Puan	
		İlaç Kullanım	Diyet	Kendi Kendine İzlem	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum		
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
51-60 yaş	91	8,11±2,64	6,45±1,71	3,98±1,92	6,58±1,43	3,22±1,58	28,34±6,41	
61-70 yaş	153	8,13±2,40	6,56±1,69	3,84±1,87	6,51±1,63	3,13±1,79	28,17±6,58	
>70 yaş	45	7,51±2,20	6,69±1,40	3,71±1,60	6,47±1,83	3,38±1,57	27,76±5,75	
		$\chi^2:9,841$	F:1,480	F:0,975	$\chi^2:7,965$	F:4,210	F:1,622	
		<i>e</i> 0,080	<i>d</i> 0,195	<i>d</i> 0,433	<i>e</i> 0,158	<i>d</i> 0,001**	<i>d</i> 0,153	
Cinsiyet	Kadın	165	7,79±2,40	6,38±1,72	3,56±1,70	6,58±1,47	3,05±1,74	27,36±6,19
	Erkek	235	8,49±2,38	6,61±1,66	4,09±1,94	6,66±1,63	3,51±1,73	29,36±6,50
			Z:-2,945	t:-1,328	t:-2,815	Z:-1,093	t:-2,602	t:-3,080
			<i>e</i> 0,003**	<i>f</i> 0,185	<i>f</i> 0,005**	<i>e</i> 0,275	<i>f</i> 0,010*	<i>f</i> 0,002**
Eğitim	Okuryazar	55	6,95±2,08	6,11±1,84	3,22±1,58	5,93±1,6	2,71±1,57	24,91±6,03
	Değil	191	8,36±2,41	6,49±1,75	3,91±1,88	6,54±1,66	3,02±1,67	28,31±6,34
	İlköğretim	56	8,04±2,78	6,45±1,55	3,80±1,95	6,70±1,54	3,80±1,71	28,79±6,82
	Ortaöğretim	63	8,60±2,22	6,67±1,53	4,08±1,91	7,11±1,12	3,81±1,64	30,27±5,60
	Lise	35	8,91±1,95	7,14±1,33	4,37±1,77	7,23±1,21	4,26±1,92	31,91±5,73
	Lisans		$\chi^2:23,133$	F:2,209	F:2,603	$\chi^2:26,212$	F:8,584	F:8,596
			<i>e</i> 0,001**	<i>d</i> 0,067	<i>d</i> 0,036*	<i>e</i> 0,001**	<i>d</i> 0,001**	<i>d</i> 0,001**
Çocuk	Yok		8,60±2,50	6,79±1,61	4,22±2,0	6,99±1,50	3,96±1,69	30,56±6,69
	1		8,0±2,22	6,68±1,51	3,45±1,52	6,97±1,20	4,16±1,21	29,26±5,28
	2		7,78±2,65	6,55±1,72	3,87±2,11	6,80±1,56	3,43±1,89	28,43±7,32
	3		8,29±2,24	6,35±1,69	3,80±1,71	6,48±1,43	2,98±1,66	27,88±5,63
	≥4		8,43±2,20	6,38±1,73	3,81±1,65	6,21±1,72	2,78±1,57	27,61±5,90
			<i>e</i> 0,210	<i>d</i> 0,450	<i>d</i> 0,380	<i>e</i> 0,001**	<i>d</i> 0,001**	<i>d</i> 0,038*
Medeni Durum	Evli	293	8,33±2,38	6,57±1,68	3,88±1,82	6,69±1,47	3,28±1,75	28,75±6,19
	Bekar	67	8,24±2,44	6,58±1,63	4,25±2,01	6,85±1,52	3,90±1,62	29,82±6,48
	Dul	40	7,23±2,44	6,03±1,73	3,13±1,73	5,83±2,04	2,63±1,64	24,83±7,01
			$\chi^2:6,018$	F:1,895	F:4,720	$\chi^2:9,054$	F:7,106	F:8,435
			<i>e</i> 0,049*	<i>d</i> 0,152	<i>d</i> 0,009**	<i>e</i> 0,011*	<i>d</i> 0,001**	<i>d</i> 0,001**
Çalışma durumu	Evet		8,99±2,19	6,80±1,47	4,20±1,92	7,01±1,43	4,04±1,62	31,04±6,13
	Hayır		8,04±2,42	6,45±1,72	3,80±1,84	6,55±1,58	3,16±1,73	27,99±6,39
			Z:-2,893	t:1,592	t:1,649	Z:-2,644	t:3,928	t:3,673
			<i>e</i> 0,004**	<i>f</i> 0,112	<i>f</i> 0,100	<i>e</i> 0,008**	<i>f</i> 0,001**	<i>f</i> 0,001**

Tablo 4.4: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400) (Devamı)

Özellikler		n	Öz Bakım		Gücü	Ölçeği		Toplam Puan
			İlaç Kullanım	Diyet	Kendi Kendine İzlem	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	
			Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaşam durumu	Aile	364	8,21±2,37	6,57±1,63	3,86±1,83	6,68±1,49	3,38±1,75	28,70±6,28
	Bakıcı	13	7,54±3,15	6,23±2,05	3,85±2,30	5,92±2,69	2,69±1,38	26,23±9,36
	Yalnız	23	8,43±2,66	5,87±2,12	3,96±2,12	6,30±1,74	2,74±1,66	27,30±6,98
			$\chi^2:1,137$	$\chi^2:2,105$	$\chi^2:0,197$	$\chi^2:1,323$	$\chi^2:4,079$	$\chi^2:0,968$
			<i>0,566</i>	<i>0,349</i>	<i>0,906</i>	<i>0,516</i>	<i>0,130</i>	<i>0,616</i>
Meslek	Emekli	164	8,20±2,43	6,59±1,62	4,05±1,99	6,59±1,68	3,42±1,74	28,85±6,59
	Memur	9	9,89±1,62	7,22±1,79	4,44±1,81	7,56±0,73	4,11±1,36	33,22±4,99
	Ev Hanımı	136	7,63±2,41	6,37±1,75	3,44±1,67	6,53±1,51	2,92±1,72	26,89±6,26
	İşçi	37	9,03±2,35	6,03±1,48	4,30±1,91	6,43±1,54	3,49±1,73	29,27±6,48
	Serbest Meslek	54	8,83±2,12	6,89±1,73	3,98±1,75	6,98±1,37	3,76±1,73	30,44±5,60
			$\chi^2:20,007$	$\chi^2:10,557$	$\chi^2:13,956$	$\chi^2:9,352$	$\chi^2:14,410$	$\chi^2:21,485$
			<i>0,001**</i>	<i>0,032*</i>	<i>0,007**</i>	<i>0,053</i>	<i>0,006**</i>	<i>0,001**</i>
Aile Tipi	Çekirdek	321	8,17±2,41	6,54±1,69	3,88±1,90	6,78±1,46	3,41±1,77	28,79±6,41
	Geniş	79	8,33±2,4	6,43±1,66	3,8±1,71	6,01±1,80	2,94±1,61	27,51±6,49
			Z:-0,358	t:0,498	t:0,373	Z:-3,825	t:2,175	t:1,588
			<i>0,720</i>	<i>0,618</i>	<i>0,709</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,030*</i>	<i>0,113</i>
Gelir	İyi	129	8,37±2,31	6,85±1,54	4,09±1,88	6,88±1,53	3,73±1,66	29,92±5,76
	Orta	235	8,40±2,29	6,48±1,69	3,88±1,76	6,71±1,43	3,18±1,76	28,66±6,23
	Kötü	36	6,31±2,73	5,53±1,75	2,97±2,17	5,22±1,84	2,72±1,72	22,75±7,10
			$\chi^2:18,166$	F:9,205	F:5,227	$\chi^2:30,540$	F:6,553	F:19,159
			<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,006**</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,002**</i>	<i>0,001**</i>
Sağlık durumu	İyi	119	8,85±2,24	6,73±1,61	3,97±1,77	7,09±1,24	3,82±1,70	30,47±5,61
	Orta	249	8,11±2,32	6,54±1,67	3,90±1,90	6,57±1,58	3,19±1,71	28,32±6,28
	Kötü	32	6,53±2,86	5,50±1,78	3,19±1,80	5,41±1,79	2,41±1,66	23,03±7,29
			$\chi^2:20,766$	F:7,041	F:2,397	$\chi^2:30,349$	F:10,481	F:18,730
			<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,092</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>	<i>0,001**</i>
Kronik hastalık	Yok	75	7,65±2,61	7,01±1,46	3,88±1,91	6,95±1,53	3,85±1,63	29,35±6,79
	Var	325	8,33±2,35	6,40±1,71	3,86±1,85	6,56±1,56	3,19±1,75	28,35±6,35
			Z:-2,017	t:3,175	t:0,064	Z:-2,528	t:2,980	t:1,212
			<i>0,044*</i>	<i>0,002**</i>	<i>0,949</i>	<i>0,011*</i>	<i>0,003**</i>	<i>0,226</i>

Tablo 4.4: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400) (Devamı)

Özellikler	n	İlaç Kullanım		Diyet		Öz Bakım	Gücü	Ölçeği	Toplam Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Kendi Kendine İzlem	Hijyenik Bakım	Ruhsal Durum	
Hastalığın aile ilişkilerini etkilemesi	157	7,52±2,48	6,10±1,83	3,41±1,90	6,45±1,52	2,87±1,64	26,36±6,22		
	243	8,65±2,26	6,78±1,53	4,16±1,78	6,74±1,58	3,60±1,75	29,94±6,20		
		Z:-4,358	t:-4,021	t:-3,990	Z:-2,578	t:-4,183	t:-5,626		
		^e 0,001**	^f 0,001**	^e 0,001**	^e 0,010*	^f 0,001**	^f 0,001**		

^eKruskal Wallis Test

^dOneway ANOVA

^eMann Whitney U Test

^fStudent-t Test

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Hastaların demografik ve tanıtıcı özellikleri ile öz-bakım gücü ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.4. incelendiğinde;

Hastaların yaş grubuna göre hastaların öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı”, “diyet”, “kendi kendine izlem”, “hijyenik bakım” alt boyutları ile ölçek toplamlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hastaların yaş grubuna göre öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,001$; $p < 0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; yaş grubu 30 ile altındaki hasta bireylerin ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, yaşı 41-50 arasında, 51-60 arasında ve 61-70 arasında olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p = 0,009$; $p = 0,012$; $p = 0,003$; $p < 0,05$).

kadınların öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı”, “kendi kendine izlem”, “ruhsal durum” alt boyutlarından ve ölçek toplamlarından almış oldukları puanlar, erkek

bireylerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,003$; $p=0,005$; $p=0,010$; $p=0,002$; $p<0,05$).

Hastaların cinsiyetlerine göre öz bakım gücü ölçeği “diyet” ve “hijyenik bakım” alt boyutlarından almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların eğitim durumuna göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; okuryazar olmayan hastaların ölçek alt boyutlarından almış oldukları puanlar, eğitim durumu ilköğretim, lise, lisans olan hasta bireylere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların eğitim durumuna göre öz bakım gücü ölçeği “diyet” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların eğitim durumuna göre öz bakım gücü ölçeği “kendi kendine izlem” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,036$; $p<0,05$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; okuryazar olmayan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, eğitim durumu lisans olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,041$; $p<0,05$).

Hastaların eğitim durumuna göre öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; okuryazar olmayan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ilköğretim, ortaöğretim, lise, lisans olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,026$; $p=0,042$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Hastaların eğitim durumuna göre öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; okuryazar olmayan hastaların ölçek alt boyutundan

almış oldukları puanlar, eğitim durumu ortaöğretim, lise, lisans olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,007$; $p=0,004$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde eğitim durumu ilköğretim olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim durumu ortaöğretim, lise, lisans olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,022$; $p=0,013$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Hastaların eğitim durumuna göre öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; okuryazar olmayan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, eğitim durumu ilköğretim, ortaöğretim, lise, lisans olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,004$; $p=0,011$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$). Aynı şekilde eğitim durumu ilköğretim olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, eğitim durumu lisans olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,017$; $p<0,05$).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı”, “diyet”, “kendi kendine izlem” alt boyutlarından almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; çocuk sayısı 4 ve üstünde olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, çocuk sayısı 2 olan ve çocuğu olmayan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,015$; $p=0,003$; $p<0,05$). Aynı şekilde çocuk sayısı 3 olan hastaların almış oldukları puanlar, çocuğu olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,041$; $p<0,05$).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; çocuğu olmayan hastaların almış oldukları puanlar, çocuk sayısı 3, 4 ve üzerinde olan hastalardan anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,004$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde çocuk sayısı 1 olan

hastaların almış oldukları puanlar, çocuk sayısı 3, 4 ve üzerinde hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,009$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,038$; $p<0,05$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; çocuğu olmayan hastaların almış oldukları puanlar, çocuk sayısı 4 ve üzerinde olan hastalardan anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,035$; $p<0,05$).

Hastaların medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,049$; $p<0,05$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; dul hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, evli hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,049$; $p<0,05$).

Hastaların medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeği “diyet” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeği “kendi kendine izlem” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; dul hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, evli ve bekar hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,047$; $p=0,007$; $p<0,05$).

Hastaların medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; dul hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, evli ve bekar hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,030$; $p=0,009$; $p<0,05$).

Hastaların medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; bekar hastaların ölçek alt boyutundan almış

oldukları puanlar, evli ve dul hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,025$; $p=0,001$; $p<0,05$).

Hastaların medeni duruma göre öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırmaya ait sonuçlara göre; dul hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, evli ve bekar hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışan hastaların öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında, çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$).

Çalışma durumuna göre hastaların öz bakım gücü ölçeği “diyet”, “kendi kendine izlem” alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışan hastaların öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan almış oldukları puanlar, çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,008$; $p<0,01$).

Çalışan hastaların öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar, çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Çalışan hastaların öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar, çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların yaşam durumlarına göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı”, “diyet”, “kendi kendine izlem”, “hijyenik bakım”, “ruhsal durum” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; ev hanımı olan hastaların almış

oldukları puanlar, serbest meslek sahibi ve işçi olanlardan anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,022$; $p=0,020$; $p<0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre öz bakım gücü ölçeği “diyet” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,032$; $p<0,05$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; işçi olan hastaların almış oldukları puanlar, serbest meslek sahibi ve memur olan bireylerden anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,007$; $p=0,030$; $p<0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre öz bakım gücü ölçeği “kendi kendine izlem” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,007$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; ev hanımı olan hastaların almış oldukları puanlar, emekli olanlardan anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,022$; $p<0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; ev hanımı olan hastaların almış oldukları puanlar, serbest meslek sahibi olanlardan anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,020$; $p<0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; ev hanımı olan hastaların almış oldukları puanlar, serbest meslek sahibi ve memur olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,002$; $p=0,023$; $p<0,05$).

Hastaların aile tiplerine göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı”, “diyet”, “kendi kendine izlem” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Aile tipi çekirdek olan hastaların öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” ve “ruhsal durum” alt boyutlarından almış oldukları puanlar, aile tipi geniş olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,030$; $p<0,05$).

Hastaların gelir duruma göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, gelir durumu iyi ve orta seviyede olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların gelir duruma göre öz bakım gücü ölçeği “diyet” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, gelir durumu iyi ve orta seviyede olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Hastaların gelir duruma göre öz bakım gücü ölçeği “kendi kendine izlem” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, gelir durumu iyi ve orta düzeyde olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,004$; $p=0,018$; $p<0,05$).

Hastaların gelir duruma göre öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, gelir durumu iyi ve orta seviyede olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların gelir duruma göre öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu iyi olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, gelir durumu orta ve kötü seviyede olan hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,012$; $p=0,006$; $p<0,05$).

Hastaların gelir duruma göre öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, gelir durumu iyi ve orta seviyede olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların sağlık duruma göre öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık durumunun iyi olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun orta ve kötü seviyede olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,011$; $p=0,001$; $p<0,05$). Aynı şekilde sağlık durumunun orta seviyede olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,012$; $p<0,05$).

Hastaların sağlık duruma göre öz bakım gücü ölçeği “diyet” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun iyi ve orta seviyede olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Hastaların sağlık duruma göre öz bakım gücü ölçeği “kendi kendine izlem” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların sağlık duruma göre öz bakım gücü leği "hijyenik bakım" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık durumunun iyi olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun orta ve kötü seviyede olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,005$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde sağlık durumunun orta seviyede olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların sağlık duruma göre öz bakım gücü leği "ruhsal durum" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık durumunun iyi olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun orta ve kötü düzeyde olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,003$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde sağlık durumunun orta seviyede olduğunu düşünen hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,043$; $p<0,05$).

Hastaların sağlık duruma göre öz bakım gücü leği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bulunan farklılığı belirlemek için yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık durumunun iyi olduğunu düşünen hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, sağlık durumunun orta ve kötü seviyede olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde sağlık durumunun orta seviyede olduğunu düşünen hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı” alt boyutundan almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur ($p=0,044$; $p<0,05$).

Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ölçeği “diyet” alt boyutundan almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,002$; $p<0,01$).

Hastaların kronik hastalık varlığına göre öz bakım gücü ölçeği “kendi kendine izlem” alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ölçeği “hijyenik bakım” alt boyutundan almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$).

Kronik hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ölçeği “ruhsal durum” alt boyutundan almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$).

Hastaların kronik hastalık varlığına göre öz bakım gücü ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalığın aile ilişkilerini etkilediğini belirten hastaların öz bakım gücü ölçeği “ilaç kullanımı”, “diyet”, “kendi kendine izlem”, “hijyenik bakım”, “ruhsal durum” alt boyutlarından ve ölçek toplamlarından almış oldukları puanlar, aile ilişkilerini etkilemediğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,010$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,05$).

4.4. Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Bulgular

Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.5. ve 4.6.’da gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Toplam ve Alt Boyut Dağılımı

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±SS
Anlam ve Umut	13	13-65	39.26±1.02
Önemseme ve Saygı	8	8-40	28.90±6.96
Spiritüel Bakım Toplam	21	22-105	68.16±16.88

Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği “Anlam ve Umut” alt boyutundan almış oldukları puanlar 13 ile 65 arasında değişmekte olup, ortalama 39,26±11,02 “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan almış oldukları puanlar 8 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 28,90±6,96 ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar 22 ile 105 arasında değişmekte olup, ortalama 68,16±16,88 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400)

Özellikler		Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği			
		N	Anlam ve Umut Ort±Ss	Önemseme ve Saygı Ort±Ss	Spiritüel Bakım Toplam Ort±Ss
Yaş Grup	≤30 yaş	21	41,95±11,92	30,57±6,51	72,52±17,64
	31-40 yaş	22	38±13,06	28,68±6,27	66,68±18,27
	41-50 yaş	68	40±10,70	28,66±6,79	68,66±16,35
	51-60 yaş	91	38,58±10,99	28,76±6,83	67,34±16,82
	61-70 yaş	153	40,10±10,48	29,80±6,58	69,90±15,82
	>70 yaş	45	36±11,61	25,80±8,51	61,80±19,22
		Test Değeri	F:1,410	χ ² :10,366	F:1,997
		P	^a 0,220	^c 0,066	^d 0,078
Cinsiyet	Kadın	165	38,02±9,96	28,57±7,04	66,59±15,81
	Erkek	235	40,12±11,65	29,13±6,92	69,26±17,55
		Test Değeri	t:-1,881	Z:-0,646	t:-1,555
		P	^f 0,061	^e 0,518	^g 0,121
Medeni	Evli	293	38,55±11,56	28,40±7,44	66,95±17,87
	Bekar	67	40,76±9,31	30,19±5,46	70,96±13,67
	Dul	40	41,93±8,99	30,38±4,96	72,30±12,90
		Test Değeri	F:2,417	χ ² :2,351	F:2,898
		P	^a 0,090	^c 0,309	^d 0,056

Tablo 4.6: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400) (Devamı)

Özellikler		Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği			
		Anlam ve Umut	Önemseme ve Saygı	Spiritüel Bakım Toplam	
		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>
Eğitim	Okuryazar Değil	55	38,27±11,39	27,02±8,24	65,29±18,61
	İlköğretim	191	38,85±11,21	28,81±7,16	67,66±17,17
	Ortaöğretim	56	40,89±11,02	29,02±6,53	69,91±16,68
	Lise	63	39,81±10,53	30,30±5,69	70,11±15,12
	Lisans	35	39,43±10,51	29,63±6,03	69,06±15,92
		Test Değeri	F:0,523	χ^2 :3,620	F:0,823
		P	<i>^d0,719</i>	<i>^c0,460</i>	<i>^d0,511</i>
Çocuk sayısı	Yok		40,03±10,71	29,38±6,20	69,41±15,80
	1		36,52±9,67	28,97±5,59	65,48±14,06
	2		39,91±10,46	29,29±6,66	69,21±16,24
	3		39,68±11	29,08±7,36	68,76±17,37
	≥4		38,46±12,24	27,94±7,83	66,40±18,71
			Test Değeri	F:0,827	χ^2 :2,038
		P	<i>^d0,508</i>	<i>^c0,729</i>	<i>^d0,595</i>
Aile Tipi	Çekirdek	321	39,61±10,50	29,05±6,93	68,66±16,44
	Geniş	79	37,81±12,90	28,3±7,12	66,11±18,54
		Test Değeri	t:1,152	Z:-0,955	t:1,202
		P	<i>^f0,252</i>	<i>^e0,339</i>	<i>^f0,230</i>
Çalışma durumu	Evet		42,99±9,98	31,24±4,93	74,23±13,73
	Hayır		38,45±11,08	28,40±7,24	66,85±17,23
		Test Değeri	t:3,179	Z:-2,781	t:3,383
		P	<i>^f0,002**</i>	<i>^e0,005**</i>	<i>^f0,001**</i>
Yaşam durumu	Aile	364	39,34±11	28,83±7,04	68,17±16,93
	Bakıcı	13	44,54±8,25	32,08±3,97	76,62±11,26
	Yalnız	23	34,91±11,54	28,22±6,73	63,13±17,42
		Test Değeri	χ^2 :6,780	χ^2 :2,972	χ^2 :5,516
		P	<i>^c0,034*</i>	<i>^c0,226</i>	<i>^c0,063</i>

Tablo 4.6: Hastaların Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri ile Göre Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=400) (Devamı)

Özellikler		Spiritüel Bakım		Gereksinimleri	Ölçeği
		Anlam ve Umut	Önemseme ve Saygı	Önemseme ve Saygı	Spiritüel Bakım Toplam
		<i>N</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>
Meslek	Emekli	164	38,82±11,03	28,61±7,16	67,43±17,26
	Memur	9	45±10,07	32,89±4,04	77,89±13,39
	Ev Hanımı	136	38,03±10,17	28,58±7,15	66,61±16,09
	İşçi	37	45,54±11,91	30,05±6,57	75,59±17,55
	Serbest Meslek	54	38,41±11,26	29,13±6,43	67,54±16,46
		Test Değeri	$\chi^2:18,625$	$\chi^2:7,394$	F:15,319
		P	^c 0,002**	^c 0,193	^d 0,009**
Gelir	İyi	139	41,63±9,80	30,11±6,18	71,74±14,71
	Orta	235	37,91±11,44	28,30±7,29	66,21±17,68
	Kötü	36	39,53±11,22	28,50±7,07	68,03±17,21
		Test Değeri	F:4,830	$\chi^2:4,458$	F:5,061
		P	^d 0,008**	^c 0,108	^d 0,008**
Sağlık durumu	İyi	119	41,30±10,43	29,50±6,35	70,81±15,64
	Orta	249	38,29±10,83	28,62±7,19	66,91±16,95
	Kötü	32	39,22±13,68	28,81±7,44	68,03±20,02
		Test Değeri	F:3,260	$\chi^2:0,779$	F:2,161
		P	^d 0,044*	^c 0,677	^d 0,117
Kronik hastalık	Yok	75	37,43±10,53	28,61±7,13	66,04±16,67
	Var	325	39,68±11,10	28,97±6,93	68,65±16,92
		Test Değeri	t:-1,599	Z:-0,137	t:-1,206
		P	^f 0,111	^e 0,891	^f 0,229
Hastalığın aile ilişkilerini etkilemesi	Evet	157	39,78±10,17	29,23±6,86	69,01±15,84
	Hayır	243	38,92±11,54	28,69±7,03	67,6±17,53
		Test Değeri	t:0,767	Z:-0,638	t:0,814
		P	^f 0,444	^e 0,523	^f 0,416

^cKruskal Wallis Test

^dOneway ANOVA

^eMann Whitney U Test

^fStudent-t Test

* $p<0.05$

** $p<0.01$

Hastaların demografik ve tanıtıcı özellikleri ile göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 4.6’da incelendiğinde;

Hastaların, yaş gruplarına, cinsiyetine, medeni ve eğitim durumuna, çocuk sayılarına, aile tipine, kronik hastalık varlığına ve hastalığın aile ilişkilerini etkileme durumuna göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği alt ve toplam boyuttan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0,05$).

Çalışan hastaların spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “anlam ve umut” alt boyuttan aldıkları puanlar, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$).

Çalışan hastaların spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “önemseme ve saygı” alt boyuttan aldıkları puanlar, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$).

Çalışan hastaların spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği toplamından aldıkları puanlar, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Hastaların yaşam durumlarına göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “anlam ve umut” alt boyuttan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,034$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; Yalnız yaşayan hastaların aldıkları puanlar, bakıcısıyla yaşayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,032$; $p<0,05$).

Hastaların yaşam durumlarına göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “önemseme ve saygı” alt boyuttan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “anlam ve umut”, alt boyuttan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p=0,009$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; İşçilerin aldıkları puanlar, ev hanımı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$). Aynı

şekilde işçilerin aldıkları puanlar, emeklilerden anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,021$; $p<0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “önemseme ve saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların meslek gruplarına göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,036$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; İşçilerin aldıkları puanlar, ev hanımı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Aynı şekilde işçilerin aldıkları puanlar, emeklilerden anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,011$; $p<0,05$).

Hastaların gelir durumuna göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “anlam ve umut” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu iyi olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, gelir durumu orta olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,01$).

Hastaların gelir durumuna göre hastaların spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “önemseme ve saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların gelir durumuna göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumu iyi olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, gelir durumu orta olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,01$).

Hastaların sağlık durumuna göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “anlam ve umut” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,044$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sağlık durumu iyi olan hastaların ölçek alt

boyutundan aldıkları puanlar, sağlık durumu orta olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,042$; $p<0,05$).

Hastaların sağlık durumuna göre spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği “önemseme ve saygı” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5. Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Arasındaki ilişki ile ilgili bulgular Tablo 4.7.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

		Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği			
		Anlam ve Umut	Önemseme ve Saygı	Spiritüel Bakım Toplam	
Öz Bakım Gücü Ölçeği	İlaç Kullanımı	R	0.032 ^a	0.013 ^a	0.033 ^a
		P	0.522	0.790	0.517
	Diyet	R	0.075 ^b	0.146 ^a	0.092 ^b
		P	0.134	0.003**	0.066
	Kendi Kendine İzlem	R	0.037 ^b	0.132 ^a	0.052 ^b
		P	0.459	0.008**	0.296
	Hijyenik Bakım	R	0.087 ^a	0.078 ^a	0.090 ^a
		P	0.081	0.118	0.071
	Ruhsal Durum	R	0.068 ^b	0.079 ^a	0.087 ^b
		P	0.175	0.115	0.084
	Toplam Puan	R	0.066 ^b	0.126 ^a	0.074 ^b
		P	0.185	0.012*	0.138

^a r =Spearman’s Korelasyon Katsayısı

^b r =Pearson Korelasyon Katsayısı

* $p<0.05$

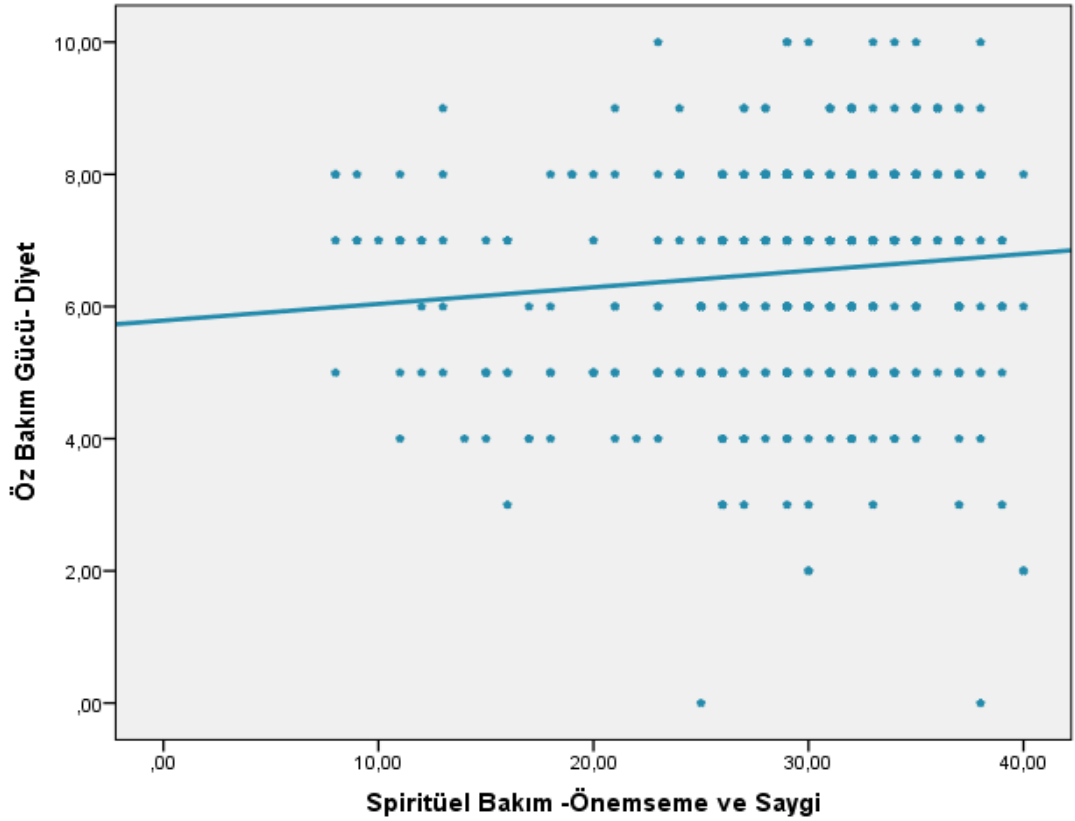
** $p<0.01$

Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği “Anlam ve Umut” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendi Kendine İzlem”, “Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği “İlaç Kullanımı”,

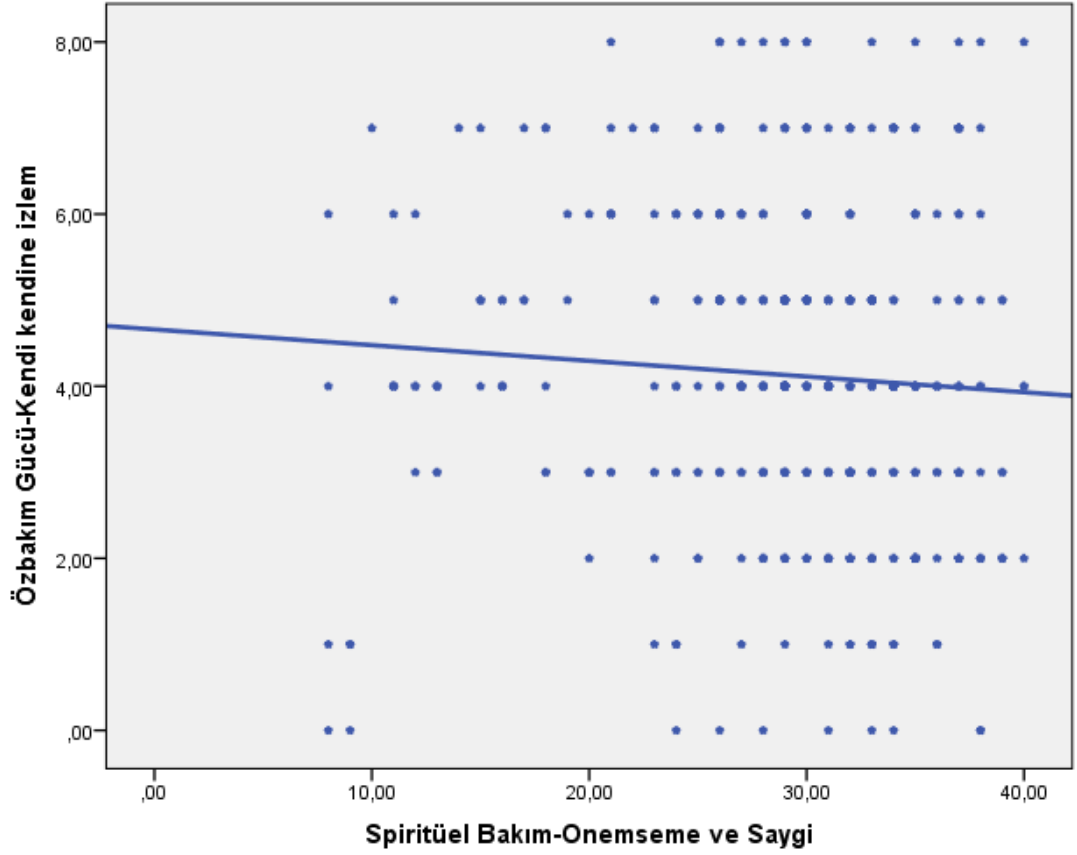
“Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği “Diyet” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Önemseme ve Saygı puanı arttıkça Diyet puanı artan) 0,146 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,146$; $p=0,003$; $p<0,01$).



Şekil 4.1: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Önemseme ve Saygı İle Öz Bakım Gücü Diyet Alt Boyut Puanları İlişki

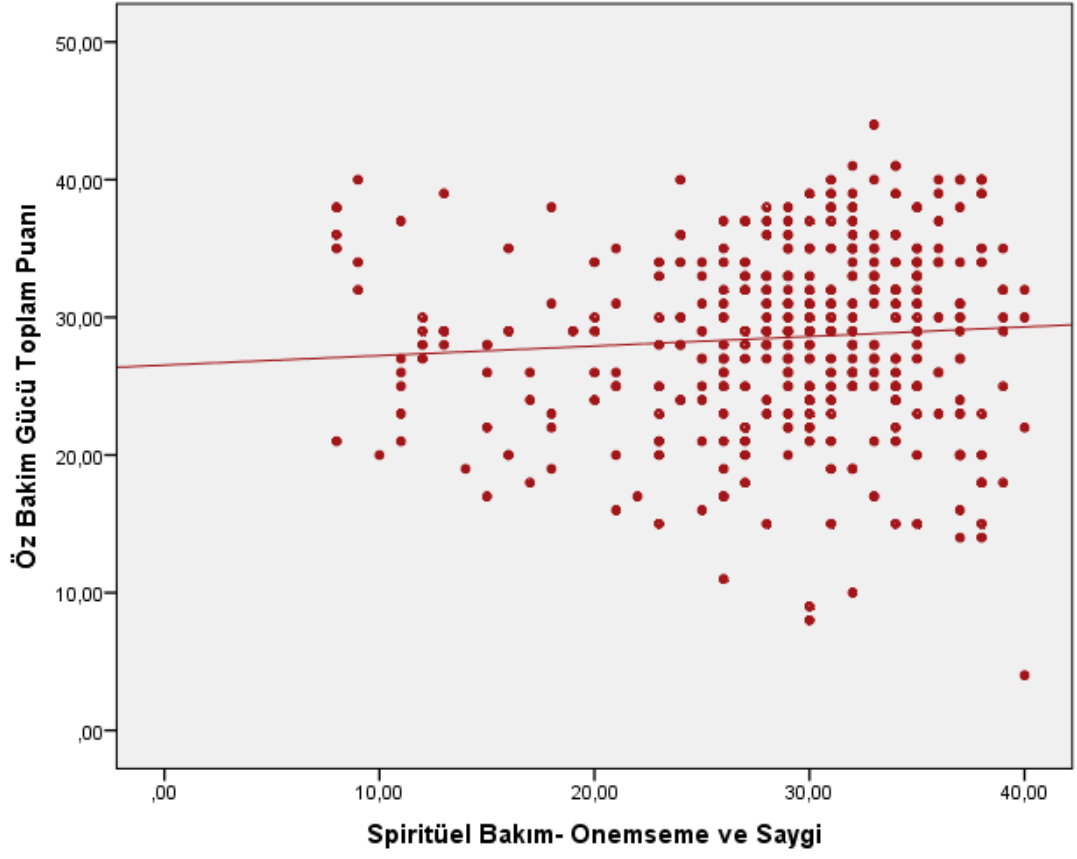
Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği “Kendi Kendine İzlem” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü (Önemseme ve Saygı puanı arttıkça Kendi Kendine İzlem puanı düşen) 0,132 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,132$; $p=0,008$; $p<0,01$).



Şekil 4.2: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Önemsene ve Saygı İle Öz Bakım Gücü Kendi Kendine İzlem Alt Boyut Puanları İlişki

Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği “Önemseme ve Saygı” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Önemseme ve Saygı puanı arttıkça Ölçek toplam puanı artan) 0,126 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,126$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplamından aldıkları puanlar ile Öz Bakım Gücü Ölçeği “İlaç Kullanımı”, “Diyet”, “Kendi Kendine İzlem”, “Hijyenik Bakım”, “Ruhsal Durum” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.3: Spiritüel Bakım Gereksinimleri Önemsene ve Saygı İle Öz Bakım Gücü Toplam Puan İlişkisi

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi uygulanmakta olan hastalarda öz-bakım gücü, spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada çalışmaya katılım sağlayan hastaların yaşları 18 ile 83 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $57,10 \pm 12,95$ olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ve tanıtıcı özellikleri değerlendirildiğinde çoğunun 61-70 yaş aralığında, erkek, evli, ilkökul mezunu, çekirdek aile tipine ve 2 çocuğa sahip, çalışmayan, yaşamlarını aileleri ile sürdüren, emekli, orta gelir durumuna sahip, SSK'lı olduğu ve sağlığını orta düzeyde olarak değerlendirdiği, hemodiyaliz konusunda eğitim aldığı, hemodiyaliz uygulamasına haftada 3 kez girdiği, kronik böbrek yetmezliği dışında kronik bir hastalığının olduğu (çoğunluğun hipertansiyon ve diyabet), hastalıklarının aile ilişkilerini etkilediği, aktiviteleri ile ilgili yardımcı olan kişilerin olduğu (çoğunluğun eş ve çocukları) saptanmıştır (Tablo 4.1. ve Tablo 4.2.).

Araştırmada hasta bireylerin %58,47'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.). Kılıç ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastaların %55,3'ünün erkek, Alemdar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastaların %56,8'inin erkek, Soylu'nun (2018) çalışmasında hastaların %51,5'inin erkek, Gökalp ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında hastaların %50,6'sının erkek, Thaeir-Kharameh'in (2016) çalışmasında hastaların %61,1'nin erkek, Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %66'sının erkek, Akansoy'un (2018) çalışmasında hastaların %55,9'unun erkek, Ören ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastaların %58,3'ünün erkek, Cruz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında hastaların %52,4'ünün erkek, Ören'in (2010) araştırmasında ise hastaların %58,3'ünün erkek olduğu bildirilmiştir. Araştırmaya ek olarak diğer araştırmalar incelendiğinde, hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Türk Nefroloji Derneğinin kayıt sistemlerinde de belirtildiği gibi hemodiyaliz tedavisi uygulanan tüm hastaların %57'sini erkekler oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular ile diğer araştırmalarda elde edilmiş bulgular ve Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 yılı verileri ile paralellik göstermektedir.

Hastaların %73,3'ünün evli olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.). Kılıç ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastaların %52,7'sinin, evli Soylu'nun (2018)

çalışmasında hastaların %80,2'sinin evli, Alemdar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastaların %79,6'sının evli, Thaeir-Kharameh'in (2016) çalışmasında hastaların %81,1'inin evli, Ören ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastaların %60,6'sının evli, Cruz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında hastaların %74,4'ünün evli, Taghipour ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında hastaların %78'inin evli, Kurbun'un (2017) çalışmasında hastaların %69,8'inin evli, Ören'in (2010) çalışmasında ise hastaların %60,6'sının evli olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların büyük bir bölümünün evli bireylerden olduğu saptanmış ve yapılan bir çok çalışmalarda da hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların önemli bir çoğunluğunun evli olduğu bulunmuştur.

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların % 47,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.). Kılıç ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastaların %26'sının, Alemdar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastaların %64,3'ünün, Gökalp ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında hastaların %41,4'ünün, Kurbun'un (2017) çalışmasında hastaların %68,5'inin, Ören'in (2010) çalışmasında hastaların %57,9'unun, Soylu'nun (2018) çalışmasında hastaların %51,5'inin, Kurbun'un (2017) çalışmasında ise hastaların %68,5'inin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiş olmasına karşın, Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %40'inin, Ören ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastaların %54,9'unun, İsmailoğlu ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında hastaların %91,1'inin, Taghipour ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında hastaların %67,5'inin okuryazar olmadığı belirtilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile birlikte diğer araştırmalar incelendiğinde, paralellik saptanmıştır ve bu veriler doğrultusunda ilköğretim mezunu hastaların çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Hastaların % 29,2'sinin 2 çocuk sahibi olduğu ve %80,3'ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Ören ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastaların %76'sının, Kurbun'un (2017) hastaların çalışmasında %80,5'inin, Ören'in (2010) çalışmasında ise hastaların %76'sının, çekirdek aile tipine sahip olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonuçları yapılan diğer çalışmalar ile paralellik göstermekte olup hastaların çoğunluğunun çekirdek aile tipine sahip olduğu görülmektedir.

Hastaların yalnızca %17,8'inin aktif olarak çalışma ortamına katıldığı, %82,2 gibi yüksek bir çoğunluğunun ise çalışma ortamından uzak olduğu bulunmuştur. Ören'in

çalışmasında (2010) çalışmaya katılan hastaların %68'inin, Kurban'un (2017) çalışmasında hastaların %57,7'sinin, Cruz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında hastaların %68,5'inin, Kirik'in (2017) çalışmasında hastaların %99,3'ünün, Ören ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hastaların %68'inin çalışmadığı belirtilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile yapılan diğer araştırmalar benzerlik göstermektedir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların büyük bir çoğunluğunun çalışma hayatında aktif rol alamadığı görülmektedir, bunun sebebi olarak da hastalığın ve tedavinin yaratmış olduğu kısıtlılıklar olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların %91,0'mının aileleri ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.) Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %80'inin, Taghipour ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise hastaların %91,1'inin ailesi ile birlikte yaşadığı belirtilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile diğer yapılan araştırmalardan belirtilmiş olan bulgular benzerlik göstermektedir.

Hastaların %41'inin emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.). Kılıç ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastaların %26'sının emekli, Alemdar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hastaların %45,7'sinin emekli olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler ile diğer yapılan araştırmalar benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun 61-70 yaş aralığında olması sebebiyle hastaların çoğunluğunun emekli olması paralellik göstermektedir.

Hastaların %58,7'sinin gelir durumlarının orta olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.). Ören'in (2010) araştırmasında hastaların %56'sının, Kurban'un (2017) araştırmasında hastaların %67,1'inin, Taghipour'un (2017) araştırmasında hastaların %64,2'sinin, Kılıç ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında hastaların %50,7'sinin, Gökalp ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında ise hastaların %50,90'unun gelir durumlarının orta olduğu belirtilmiştir. Soylu'nun (2018) çalışmasında ise hastaların %69,3'ünün asgari ücretle çalıştığı belirtilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile yapılan diğer araştırmalarda belirtilen veriler ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemodiyaliz tedavisi gören hastaların çoğunluğunun asgari ücretten biraz daha yüksek, orta düzeyde tanımlanabilecek bir gelir durumu ile çalışma hayatına katılımları olmadan hayatlarını devam ettirdikleri düşünülebilir.

Hastaların %70,2'sinin sosyal güvencesinin SSK olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.1.). Soylu'nun (2018) araştırmasında hastaların %37,6'sının, Kirik'in (2017)

araştırmasında ise hastaların %94,7'sinin, sosyal güvencesinin SSK olduğu belirtilmiştir. Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında hastaların %93,5'nin Kurbun'un (2017) çalışmasında hastaların %97,3'ünün, Kılıç ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise hastaların %75,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu belirtilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler ile diğer araştırmalarda belirtilen veriler paralellik göstermektedir, bu doğrultuda hastaların tedavi masraflarının tamamı veya bir kısmını karşılayabilecek bir güvencelerinin olduğu düşünülebilir.

Hastaların öz bakım gücü ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama değerleri; İlaç Kullanımı alt boyutunda $8,21 \pm 1,68$, Diyet alt boyutunda $6,52 \pm 1,86$, Kendi Kendine İzlem alt boyutunda $3,87 \pm 1,86$, Hijyenik bakım alt boyutunda $6,63 \pm 1,56$, Ruhsal durum alt boyutunda $3,32 \pm 1,74$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Araştırmada örneklem grubuna katılan hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü ölçeğine ait soruların toplamından almış oldukları puanların ortalaması $28,54 \pm 6,44$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.). Bu değer doğrultusunda araştırmaya katılım sağlayan hemodiyaliz hastalarının orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu saptanmıştır.

Kurbun ve Metin Akten'in (2018) araştırmasında Öz Bakım Gücü Ölçeği alt boyutları ortalama puanları; "İlaç Kullanımı" $8,29 \pm 2,11$, "Diyet" $6,79 \pm 1,68$, "Hijyenik Bakım" $7,28 \pm 0,98$, "Ruhsal Durumun" $3,67 \pm 1,77$, "Kendi Kendine İzlem" $4,28 \pm 2,18$ olarak belirtilmiş olup toplam alınan puanların ortalamasının $30,18 \pm 5,27$ olarak belirtilmiştir.

Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında Öz-Bakım Gücü Ölçeği alt boyutları ortalama puanları "İlaç Kullanımı" $17,93 \pm 4,84$, "Diyet" $16,63 \pm 2,80$ olarak belirtilmiş olup toplam puan ortalaması $50,21 \pm 8,37$ olarak belirtilmiştir.

Akın ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının $87,465 \pm 26,43$ olduğu belirtilmiştir. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2010) 125 hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta ile gerçekleştirdiği araştırmada öz bakım gücü puan ortalamasının $99,86 \pm 15,30$ olduğu belirtilmiştir. Akansoy'un (2018) 152 hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile gerçekleştirdiği araştırmasında hasta bireylerin öz bakım gücü ölçeği boyutlarından almış oldukları toplam puan ortalamalarının $109,4 \pm 18,1$ olduğu belirtilmiştir.

Kirik'in (2017) araştırmasında örneklem grubuna katılan hastaların öz-bakım gücü ölçeğinden almış oldukları ortalama puan $89,31 \pm 24,64$ olduğu ve bu doğrultuda

hastaların öz-bakım gücü düzeylerinin orta olduğu belirtilmiştir. Alemdar ve arkadaşlarının (2015) 162 hemodiyaliz hastası ile gerçekleştirmiş olduğu araştırmasında hastaların öz-bakım gücü seviyelerinin orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında hastaların öz-bakım güçlerinin düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Araştırma ve yapılan diğer çalışmalarda incelendiğinde, hastaların orta seviyede öz bakım gücüne sahip olduğu anlaşılmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin beraberinde getirmiş olduğu komplikasyonlar ve haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisiyle uzun süreler makineye bağlı olmanın öz-bakım gücünü olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

30 yaş ve altı hastaların diğer yaş gruplarına oranda daha öz-bakım gücü anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.4.) .

Alemdar ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında yaş artıkça öz bakım gücünün azaldığının saptandığı belirtilmiştir. Akbıyık ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında yaş ilerledikçe öz bakım gücünün azaldığının saptandığı belirtilmiştir. Kirik'in (2017) araştırmasında 50 yaş ve altı grubun öz bakım gücü seviyesinin 51 yaş ve üstündeki yaşlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yapılan diğer araştırmalarda ise yaş gruplarına göre öz-bakım güçleri arasında farklılığın olmadığı belirtilmektedir. Kurbun'un (2017) araştırmasında yaş ve öz bakım gücü arasındaki ilişkide istatistiksel bir anlamlılık olmadığı saptandığı belirtilmiştir. Akansoy'un (2018) araştırmasında yaş grupları ve öz-bakım gücü puanlarının ortalaması arasında bir anlamlı farklılık saptanmadığı belirtilmiştir. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2013) araştırmasında hastaların yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puanları arasındaki farkın önemsiz bulunduğu belirtilmiştir. Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) araştırmasında yaş grupları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmadığı belirtilmiştir.

Araştırma ve yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde, yaş ilerledikçe öz-bakım gücünün düştüğü görülmüştür. Yaşlanma ile birlikte fiziksel değişimler, diğer hastalıkların ortaya çıkıyor oluşunun bu duruma sebep olduğu düşünülebilir.

Kadınların öz-bakım gücü erkeklere oranla anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (Tablo 4.4.). Akansoy'un (2018) araştırmasında araştırma sonuçları ile paralel olarak

erkeklerin öz bakım gücü puanlarının ortalamaları kadın katılımcılara göre daha yüksek düzeyde olduğunun saptandığı belirtilmiştir.

Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ise birçoğunda cinsiyet ve öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı gözlemlendiği belirtilmiştir. Alemdar ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında kadın ve erkek katılımcılar arasında öz-bakım gücünde istatistiksel olarak, Kirik'in (2017) araştırmasında cinsiyetin öz-bakım gücü açısından anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı, Kurban'un (2017) araştırmasında cinsiyetin öz-bakım gücünü etkilemediği, Bağ ve Mollaoğlu'nun (2013) araştırmasında hastaların cinsiyetlerine göre öz-bakım gücü puanları arasındaki farkın olmadığı, Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) araştırmasında hasta kişilerin cinsiyetleri ile öz bakım güçleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Yapılan diğer araştırmalarda da cinsiyetin öz bakım gücünü etkilemekte olan herhangi bir unsurun var olmadığı belirtilmektedir, fakat bizim araştırmamızda ve Akansoy'un (2018) araştırmasında erkeklerin öz-bakım güçlerinin kadınlara oranla daha yüksek seviyede olduğu bulunmuştur. Bu duruma kadınların erkeklere oranla ev işleri, çocuk bakımı vb. durumlar ile daha fazla aktif olmasının sebep olduğu düşünülebilir.

Hastaların medeni durumuna göre öz bakım gücü ölçeğinden almış oldukları toplam puanlar arasında istatistiksel olacak şekilde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Dul olan hasta kişilerin ölçek alt boyutlarından almış oldukları toplam puanlar evli ve bekar olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (Tablo 4.4.). Yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Akansoy'un (2018) araştırmasında evli olan hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının bekar hastalara göre yüksek düzeyde olduğunun saptandığı belirtilmiştir. Kurban'un (2017) araştırmasında evli olan hastaların evli olmayan hastaların öz bakım gücü ölçeği ortalamasının puanlarının istatistiksel olacak şekilde yüksek seviyede anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir ($p=0,001$). Alemdar'ın (2015) araştırmasında evli olan hastaların öz-bakım gücünün bekar olan hastalara göre yüksek seviyede olduğu belirtilmiştir.

Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde ise araştırma ile ilgili veriler ile fark olmasına karşın birçok araştırma ile paralellik göstermektedir. Kılıç ve arkadaşlarının

(2021) araştırmasında bekar olan hasta kişilerin öz bakım gücü düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Kirik'in (2017) araştırmasında medeni durum detayı ile öz bakım gücü düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) araştırmasında hasta kişilerin medeni durum detayı ile öz bakım gücü düzeyi arasında istatistiksel olacak şekilde anlamlı seviyede bir ilişki elde edilemediği belirtilmiştir.

Elde edilen veriler ve yapılan araştırmalar incelendiğinde, evli olan hastaların öz-bakım güçlerinin bekar olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılığa evlilik ile birlikte aile desteği, düzenli yaşam ve sorumluluk ve bağlılığın bulunmasının sebep olduğu düşünülebilir.

Eğitim durumlarına göre hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplamından aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olacak şekilde anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Okuryazar olmayan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, eğitim durumu ilköğretim, ortaöğretim, lise ve lisans olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde eğitimi ilköğretim olan hastalarında öz bakım gücü düzeyleri eğitim durumu lisans seviyesinde olan hastalara oranla anlamlı seviyede düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde araştırmamız ile paralel sonuçların elde edildiği görülmektedir. Kirik'in (2017) araştırmasında lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan hastaların öz-bakım gücü seviyesi okuryazar olmayan, okuryazar ve ilköğretim mezunlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığı belirtilmiştir. Alemdar ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında okuz yazar olmayan hastaların diğer eğitim gruplarına oranla öz bakım gücü ölçeği puanlarının düşük olduğunun saptandığı belirtilmiştir. Akansoy'un (2018) araştırmasında okul bitirmemiş olan hasta kişilerin öz bakım gücü ölçeği puanlarının ortalamalarının diğer eğitim seviyelerine oranda daha düşük olduğu belirtilmiştir. Muz ve Eğlence'nin (2013) araştırmasında okuz yazar olan grubun öz bakım gücü düzeyinin daha düşük seviyede olduğu belirtilmiştir. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2013) araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olan hasta kişilerin öz bakım gücü ölçeği puanlarının ortalamasının diğer eğitim gruplarına oranla yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Akın ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında eğitim seviyesinin yükselmesi öz bakım gücü seviyesini olumlu yönde etkilediği

belirtilmiştir. Kurban'un (2017) araştırmasında eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların öz-bakım gücü toplam puanlarının da yükseldiği belirtilmiştir.

Araştırmaya ek olarak yapılan diğer araştırmalarda incelendiğinde eğitim seviyesinin öz-bakım gücü üzerinde etkisinin oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim seviyesinin düşük olan hastalarda genel sağlık bilgileri ve bilinçlerinin düşük düzeyde var olması, hastalıkları ile ilgili süreçlerde yeterli bilgiye sahip olmamalarının bu farklılığa sebep olduğu düşünülmektedir.

Aile tipi çekirdek olan hastaların öz-bakım gücü ölçeği toplam puanlarının ortalamaları geniş aile tipine sahip olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır (Tablo 4.4.). Aynı şekilde Kurban'un (2017) araştırmasında da çekirdek aile yapısındaki hastaların geniş aile yapısındaki hastalara göre daha yüksek düzeyde öz-bakım gücüne sahip oldukları belirtilmiştir.

Gelir durumuna göre hastaların öz-bakım gücü ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gelir durumu kötü olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, gelir durumu iyi ve orta düzeydeki hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Yapılan diğer araştırmalar da incelendiğinde, elde edilen sonuçların araştırma ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Kirik'in (2017) araştırmasında ekonomik durumu çok iyi ve iyi olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının orta düzey ekonomik durumu, düşük ve çok düşük düzeyde olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2010) araştırmasında gelir düzeyi yüksek olan hastaların öz bakım gücü ölçeği puanlarının ortalamalarının diğer gelir gruplarına göre daha fazla yüksek olduğu belirtilmiştir. Muz ve Eğlence'nin (2013) araştırmasında gelir durumu düşük olan hastaların öz-bakım gücü toplam puanlarının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirtilmiştir. Kurban'un (2017) araştırmasında hastaların gelir durumlarının artışı hasta kişilerin öz bakım gücü düzeylerini olumlu yönde arttırdığı belirtilmiştir.

Elde edilen veriler ve yapılan diğer araştırmalar doğrultusunda ekonomik gücün öz-bakım bakım gücünü etkilediği ve ekonomik gücü düşük olan hastaların hastalıklarının yanı sıra maddi sıkıntılar yaşıyor olmalarının öz-bakım gücünü negatif yönlü etkilediği düşünülebilir.

Sağlık durumlarına göre hastaların Öz-Bakım Gücü ölçeği toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Sağlık durumunun iyi olduğunu düşünen hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, sağlık durumunun orta ve düşük seviyede olduğunu düşünen hasta kişilere oranla anlamlı bir seviyede yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde sağlık durumu düzeyinin orta olduğunu düşünen hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, sağlık durumunun kötü olduğunu düşünen hastalara göre anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Kronik hastalığın varlığına göre hastaların Öz-Bakım Gücü ölçeği toplamından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.).

Araştırmadan elde edilen veriler ile yapılan diğer araştırmaların paralellik gösterdiği saptanmıştır. Alemdar ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında başka kronik hastalığın varlığı ve öz bakım gücü düzeyi arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadığı belirtilmiştir. Kirik'in (2017) araştırmasında başka bir kronik hastalığın varlığının öz bakım gücü üzerinde etki eden bir faktör olmadığı sonucunun saptandığı bulunmuştur. Kurban'un (2017) araştırmasında başka kronik hastalığın varlığıyla öz bakım gücü düzeyi arasında bir fark olmadığının saptandığı belirtilmiştir. Bağ ve Mollaoğlu'nun (2013) araştırmasında başka bir kronik hastalığın varlığı ile öz-bakım gücü puanları arasındaki farkın önemsiz bulunduğu belirtilmiştir. Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) araştırmasında KBY'den farklı bir hastalığın varlığı ile öz bakım gücü düzeyi arasında olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmada hastalıklarının aile ilişkilerini etkilediğini belirten hastaların Öz-Bakım Gücü toplamından aldıkları puanlar ile aile ilişkilerini etkilemediğini belirten hasta kişilere oranla istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.).

Araştırmamızdan farklı olarak Kurban'un (2017) gerçekleştirmiş olduğu araştırmada aktivitelerine yardımcı olan kişi, kişileri olan hasta kişiler ile yardımcı olan kişisi olmayan hasta kişilerin öz bakım gücü ölçeği toplam puanlarının arasında anlamlı bir düzeyde değerlendirilebilecek bir değişiklik olmadığının saptandığı belirtilmiştir.

Araştırmada yaş gruplarına, cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, aile tipine, başka bir kronik hastalığın varlığına ve aile ilişkilerini etkileme durumlarına oranla hasta kişilerin Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeğine ait alt boyutlardan ve toplam aldıkları puanlar istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.6.).

Araştırmada gelir durumuna göre hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimler Ölçeği toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak bir farklılık belirlenmiştir. Gelir durumu iyi olan hastaların ölçek toplamı sonucunda aldıkları puanlar, gelir durumu orta olan hastalara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Araştırmada sağlık durumuna göre hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Anlam ve Umut alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık durumu iyi olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, sağlık durumu orta olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Altan ve arkadaşlarının (2020) 2020 yılında gerçekleştirmiş oldukları araştırmasında farklı herhangi bir kronik hastalığın varlığı hasta kişilerin maneviyat ve manevi bakım toplam puanlarının ortalamasının diğer herhangi bir kronik hastalığı bulunmayanlara oranda daha yüksek düzeyde bulunduğunun saptandığı belirtilmiştir.

Araştırma doğrultusunda araştırmaya katılan hastaların Spiritüel bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutlarından “Önemseme ve Saygı” alt boyutları ile Öz-Bakım Gücü “Diyet” ve Kendi Kendine İzlem” alt boyutları arasında pozitif yönlü çok zayıf yönlü ilişki bulunmuştur (Tablo 4.7.). Sonuçlar doğrultusunda hastalarda Önemseme ve Saygı boyutunda olan bilinç Diyet ve Kendi Kendine İzlem boyutundaki bilinci artırarak hastalıkları konusunda bilinçliliği etkilediği düşünülebilir.

Spiritüel (manevi) bakım hasta kişilerin bakım ve yaşam kalitesi düzeylerinin artırılması noktasında oldukça önemlidir (Bölüktaş, 2018).

Ayık ve Yılmaz Karabulutlu'nun (2020) gerçekleştirmiş oldukları araştırmada hemodiyaliz tedavisi almakta olan hasta kişilerin hastalıklarının varlığını kabul etme düzeylerinin yüksek seviyede olduğu ve bunun sağlanması içinde dini baş etme yöntemlerini kullandıklarının saptandığı belirtilmiştir.

Maneviyatın, spiritüalitenin sağlık durumu ile olan ilişkisine odaklanıldığında, hastalık durumlarının önlenildiği, sağlık durumunun iyileştirilebildiği, güç durumlar ve hastalıklar ile başa çıkma gibi karmaşık durumlar karşısında faydasının olduğu belirtilmiştir (Sülü Uğurlu ve Başbakkal, 2013).



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

Hastaların çoğunluğunun, 61-70 yaş arasında, erkek, evli, ilköğretim mezunu olduğunu, 4 ve üzerinde çocuğu olduğunu, çekirdek aile tipine sahip olduğunu, çalışmadığı, ailesi ile birlikte yaşadığını, güvencesi SSK, emekli ve gelir durumunun orta düzeyde olduğunu, haftada 3 kez hemodiyaliz uygulaması yapıldığını, kronik hastalığı olduğunu, hastalığının ailesini etkilediğini, ailesinin yardımcı olduğunu belirttiği görülmüştür.

- Hastaların orta düzeyde öz bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin olduğu,
- Günlük aktivitelerin gerçekleştirmeleri noktasında hastaların başka kişilerin yardımlarına ihtiyaç duyduğu,
- Aile ilişkilerinin hemodiyaliz uygulamalarından dolayı olumsuz etkilendiği,
- 70 yaşından büyük olan hasta kişilerin öz bakım gücünün diğer yaş gruplarına oranla daha düşük seviyede olduğu,
- Kadınlara oranla erkeklerin öz bakım gücü düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- 30 yaş ve altı hasta kişilerin daha fazla spiritüel bakım gereksinimine sahip olduğu,
- Çalışan hastalarda spiritüel bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu,
- Yalnız yaşamakta olan hastaların spiritüel bakıma olan gereksinimlerinin düşük olduğu,
- İşçi olarak çalışmakta olan hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin emekli ve ev hanımı olan hasta kişilere oranda daha yüksek düzeyde olduğu,
- Gelir durumu iyi olan hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu,

- Sağlık durumu iyi olan hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hasta bireylerin öz bakım gücü düzeyleri ve spiritüel bakım gereksinimleri tedavi başlangıcı ve tedavi süresince olacak şekilde değerlendirilmesi.
- Hasta bireylerin kendilerine olan güveni arttırılmalı ve desteklenmelidir.
- Günlük aktivitelerin bağımsız olarak gerçekleştirilebilmesi amacıyla hasta bireylere eğitim hizmetinin sağlanması,
- Öz bakım konusunda bilincin arttırılması amacıyla hasta bireylere eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hastaların birey olarak değerlendirilmesi ve hastanın odak olduğu yaklaşım ile birlikte hasta, hasta yakınları sosyal destek, holistik (bütüncül) bir bakımın sağlanabilmesinin desteklenmesi.
- Spiritüel ile ilgili olarak hasta bireylere destekleyici eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adam Whaley-Connell, D.O., Ravi Nistala, M.D. and Kunal Chaudhary, M.D. (2011). The Importance of Early Identification of Chronic Kidney Disease. *Missouri Medicine*, 108(1): 25-28.
- Akansoy, N.Y. (2018). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi) Doğu Akdeniz Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Hemşirelik Bilim Dalı. Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs.
- Akbıyık, A., Koçak, G. ve Oksel, E. (2016). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2): 1-8.
- Akgöz, N. ve Arslan, S. (2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(12): 20-28.
- Akgün Kostak, M., Çelikalp, Ü. ve Demir, M. (2010). Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayı*: 218-225.
- Akın, S., Taşköprü, İ., Özdilli, K., Yeşiltepe, G., Öztürk, B., ve Durna, Z. (2010). Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7 (3): 16-25
- Akin, S., Mendi, B., Ozturk, B., Cinper, C., ve Durna, Z. (2014). Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients, *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6): 856-864.
- Akpınar, N. B., Ceran, M. A., Şafak, Ş., ve Özkalp, B. (2019). Hemodiyaliz Hastalarının Öz Yeterlilik Durumu, Bakım Gereksinimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirebilme Düzeyleri. *Hemşirelik Bilim Dergisi*, 2(1): 05-10.

- Akpolat, T. ve Utaş, C. (2001). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1 – Türk Nefroloji Derneği Yayını*, Güzel Sanatlar Matbası, İstanbul.
- Akpolat, T. ve Utaş, C. (2008). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1 – Türk Nefroloji Derneği Yayını*, Samsun: Ceylan Ofset.
- Alemdar, H. ve Pakyüz, S.Ç. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2): 19-30.
- Am J. (2002). Ulusal Börek Vakfı, K / DOQI kronik böbrek hastalığı için klinik uygulama kılavuzları: değerlendirme, sınıflandırma ve tabakalandırma, *Kidney Dis.* 39(2) : 66.
- Aştı, A., T., Karadağ, A., (2019). *Hemşirelik Esasları, Bilgiden Uygulamaya: Kavramlar- İlkeler- Beceriler*, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul. (2.baskı): 65.
- Atashpeikar, S., Jalilazar, T. And Heidarzadeh, M. (2012). Self-Care Ability in Hemodialysis Patients. *J Caring Sci.*,1(1): 31-35.
- Ayık, Ü. C.,ve Karabulutlu, E. Y. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalığı Kabullemesi ve Dini Baş Etme Tarzlarının İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 45-55.
- Aylaz, R. (2010) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne ve Diyalize Bağlı Enfeksiyonlardan Korunmalarına Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(1): 40-46.
- Aylaz, R. ve Erci, B. (2009). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarına Evde Verilen Bakımın ve İzlemin Hastaların Öz-Bakım Gücüne Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 81-90.
- Ayık, Ü.C. ve Yılmaz Karabulutlu, E. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Hastalığı Kabullemesi ve Dini Baş Etme Tarzlarının İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(2): 57-67.

- Bağ, E. ve Mollaoğlu, M. (2010). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 7(1-2): 31-38.
- Bakır, N. ve Demir, C. (2020). Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3): 109-117.
- Bandura, A. (1977). Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Battaloğlu, B. (2007). "Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Etiyolojik Değerlendirme" (Uzmanlık Tezi) T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bayram, R. (2020). *Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Besey, Ö. (2010). *Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Biçer, S., Şahin, F., ve Sarıkaya, Ö. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi ve Bu Konuda Eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 3(3), 36-43.
- Bingöl, G., Topbaş, E., Görgeç, Ö., Ferahoğlu, N., & Akkaya, L. (2018). Periton Diyalizine Yeni Başlayan Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(2): 45-54).
- Candan, Ç. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki* (Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Cesur, N.,(2021). *Hemodiyaliz Hastalarında Travma Sonrası Büyüme, Din Ve Maneviyat: Karşılıklı İlişki Üzerine Nitel Bir Araştırma*. Marmara

Üniversitesi ,Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı,İstanbul.

Ceyhun, H. A.,ve Kirpinar, İ. (2019). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedeni ile Böbrek Nakli Yapılan veya Diyaliz Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Tanı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 426-434.

Cürcani, M. ve Tan, M. (2010). Diyaliz Hastalarının Böbrek Nakli Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Anadolu Hemşirelik Dergisi*, 13(4): 59-64.

Çaydam, Ö. D.,ve Pakyüz, S. Ç. (2016). Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları Ve Bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 60-72.

Çelik, A. S., Özdemir, F., Durmaz, H., & Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3): 1-12.

Cruz, J.P. ve et all (2017). Influence of Religiosity and Spiritual Coping on Health-Related Quality of Life in Saudi Hemodialysis Patients. *Hemodialysis International*, 21(1): 125-132.

Doğan, İ., Emel, U., Nur, Ü., ve Kenan, A. (2020). Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Periton Diyalizi ile İlgili Algılarının Araştırılması. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1): 1-9.

Durmaz Akyol, A. ve Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Özbakım Gücü İle Bunlar Üzerine Etkili Değişkenlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2): 97-102.

Durmuş, Y., (2020). *Hemodiyaliz Hastalarında Manevi İyi Oluş ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Medeniyet Üniversitesi, İstanbul.

Ercan, F., Körpe, G. ve Demir, S. (2018). Bir Üniversite hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. *Gazi Medical Journal*, 29(1): 17-22.

Erdemir, F., (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 334.

- Eren, N., vd. (2020). Periton Diyalizi Hastalarının Periton Diyalizinden Ayrılma Nedenleri: Tek Merkez Deneyimi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(4): 629-635.
- Erişen, M. ve Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi Bakım ve Hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 184-190.
- Erol N. (2010). *Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Esendir, İ.N. ve Kaplan, H. (2018). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı. *Ekev Akademi*, 22(73): 317-332.
- Genç, Y. ve Durgun, A. (2018). Manevi Bakımın Gerekliliği ve Bakım Hizmeti Veren Meslek Elemanlarının Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Turkish Studies*, 13(9): 45-66.
- Gerçek, A.,(2021). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Destekli Motivasyonel Görüşmenin Hastaların Öz Bakım Gücü Ve Hastalık Uyumuna Etkisi*.(Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Gökalp, K. ve Arpacı, R. (2021). Diyaliz Hastalarının Psikolojik Durumlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(1): 22-30.
- Gökdoğan, F.,(2015). Diyaliz İlke ve Teknikleri. Akademizyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Gözmen, Ş.K., vd. (2017). Yenidoğan Döneminde Etkin Bir Renal Replasman Tedavisi Yöntemi. *Akut Periton Diyalizi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(1):18–21.
- Gül, A., Üstündağ, H. ve Zengin, N. (2010). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(1): 7-11.
- Gülay, T., Eler, Ç. Ö., Ökdem, Ş., ve Çıtak, E. A. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2): 122-129.

- Güler, R., ve Haylı, Ç. M.,(2020). Kavram Analizi: Sağlığı Geliştirme Modelinin Okul Sağlığına Uyarlanması. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 54-60.
- Gümüş F., Baran G. ve Zengin L. (2014). Hemşirelikte Manevi Bakım. *IJBSC (International Journal of Basic and Clinical Studies)*, 3(1): 102-106.
- Güner, T. A., Erdoğan, Z., Özdemir, B., Çoban, G., ve Aksu, N., (2018). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(2), 91-97.
- Hançerlioğlu, S. ve Şenuzun Aykar, F. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 175-183.
- Heidarzadeh, M., Atashpeikar, S. ve Jalilazar T. (2010). Relationship Between Quality of Life and Self-Care Ability in Patients Receiving Hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 15(2): 71-76.
- Hiçdurmaz, D. Ve Öz, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüallite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1): 50-56.
- Hindistan, S. ve Deniz, A. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirilmesi. *Bezmialem Science*, 6(2): 112-118.
- İsmailoğlu, E. G., Özdemir, H.,Erol, A., ve Zaybak, A. (2019). Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(4): 255-263).
- Karabey, T., ve Karagözoğlu, Ş., (2021) . Hemodiyaliz Sürecinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-29.
- Karadeniz, A., vd. (2020). Böbrek Transplantı Görülen İnfeksiyonların Sıklığı ve Özellikleri. *Maltepe Tıp Dergisi*, 12(2): 34-40.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulama, Biyoistatistik Kullanımı*, (1. Basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşlar, R. ve Yıldırım, A. (2013). Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1): 1-9.
- Kasirga, Z. (2015). *Sağlıklı böbreklerde korteks, medulla, sinus hacimleri ve böbrek boyutları ile vücut kompozisyonu arasındaki ilişkinin tespiti*. Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Anatomi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ.
- Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Sarıtaş, S. Ç., ve Sarıtaş, S. (2014). Hemşirlerin Manevi Bakım İlişkin Görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1): 21-24.
- Kavas, E. ve Kavas, N. (2015). “Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı” Konusunda Doktor, Ebe ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısının Belirlenmesi: Denizli Örneği. *Turkish Studies*, 10(14): 449-460.
- Kılıç, S.P., Kılıç, N. ve Demirel, C. (2021). Yaşlı Hipertansif Hastalarda Sosyal Destek ve Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. *JERN – Journal of Education and Research in Nursing*, 18(2): 240-247.
- Kirik, B.,(2017).Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücü Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi).Çukurova Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Adana.
- Kocaman Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz Karabulutlu, E., Karahisar, F. ve Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Ansiyete ve Depresyon Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, (14): 252-259.
- Korkut Bayındır, S. ve Biçer S. (2018). Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 25-29.
- Kostak A., Çelikalp Ü. ve Demir M. (2010). Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(1): 218-225.
- Köktürk Dalcalı, B. (2019). Palyatif Bakım Hemşirelerinde Manevi Bakım ve Hemşirelik. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2): 29-37.

- Kral, Ü. ve Yurtsever, S. (2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ocak-Haziran 61-76.
- Kurbun, H. (2017). *Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). *Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli*.
- Kurbun, H. ve Metin Ayten, İ. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 27(3): 277-287.
- Levey, A., et al. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease : a position statement from Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67 (6): 20-89.
- Macit, M. ve Karaman, M. (2019). Hemşirelerde Manevi Destek Algısının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3): 293-302.
- Mazandarani, H. K., Asadzandi, M., Saffari, M., and Khaghanizadeh, M. (2018). The Effect of Spiritual Care Based on Sound Heart Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Journal of Psychiatry and Behavioral Health Forecast*, 1(1): 1006.
- Musa, A. S., Pevalin, D. J., and Al Khalaileh, M. A. (2018). Spiritual Well-Being, Depression, and Stress Among Hemodialysis Patients in Jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4): 354-365.
- Muz, G.ve Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Bakım Yeterliliğın Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 15-21.
- NIH (2014). The Kidney and How They Work. *National Institute of Diabets and Digestive and Kidney Diseases*, No:14-3195: 1-4.
- Ok, E. ve Işıl, Ö. (2019). Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3): 181-189.

- Ören, B. (2010). *Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ören, B. ve Enç, N. (2013). Quality Life in Chronic Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Turkey and Related Factors. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6): 547-566.
- Ören, B. ve Enç, N. (2014). Development and Psychometric Testing of The Self Care Agency Scale for Patients Undergoing Long Term Dialysis in Turkey. *Journal of Renal Care*, 40(4): 266-273.
- Özbudak E., vd. (2013). Kalıcı Hemodiyaliz Kareteri Ne Kadar Kalıcı?. *Türk Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21(3): 646-653.
- Özkan, A. H., (2014). *Hemşirelik Bilim ve Bakım Temelleri*, (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Özkan S., vd. (2014). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, *T.C. Sağlık Bakanlığı*, 946, Ankara.
- Özsoy, F. ve Kulu, M. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Bedensel Duyumları Büyütme ve Somatizasyon. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2): 276-281.
- Pektekin, Ç., (2014). *Hemşirelik Felsefesi, Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Rambod, M., Pasyar, N., ve Mokhtarizadeh, M. (2020). Psychosocial, Spiritual, and Biomedical Predictors of Hope in Hemodialysis Patients. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 13(1): 163-164.
- Serdengeçti, K. (2010). Türk Nefroloji Derneği ve Dünya Böbrek Günü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 19(1): 1-2.
- Seyahi, N., Ateş, K., ve Süleymanlar, G. (2017). Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(2):154-160.

Seyahi, N., Ateş, K., ve Süleymanlar, G. (2020). Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2019 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon*. Türk Nefroloji Derneği, Yayınları, Ankara.

https://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf

Seyyar, A., vd. (2015). *Manevi Sosyal Hizmetler*. İstanbul: Rağbet Yayınları.

Sezen, A. (2014). *Diyaliz Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Soylu, G. (2018). *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

Süleymanlar, G. (2020). *Hemodiyaliz İlkeleri ve Uygulamaları*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.

Sülü Uğurlu, E. ve Başbakkal Z. (2013). Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritüel Bakım) Gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 11(1): 17-24.

Şanlıtürk, D., Ovalı, N. ve Kes, D. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13): 17-25.

Taheir-Kharameh, Z. (2016). The relationship Between Spiritual Well-Being and Stress Coping Strategies in Hemodialysis Patients. *Health, Spirituality and Medical Ethics*.3(4): 24-28.

Tanrıverdi, M. H. (2010). Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Medical Journal*, 2(2): 27-32.

Taghipour, B., Mehravar, F., Sharif Nia, H., Shahidifar, S., Hasani, A., and Alahyari, Z (2017). Association Between Death Anxiety and Spiritual Inteligence with the Spiritual Health and Quality of Life in Hemodialysss Patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2): 26-32.

- Tayaz, E. ve Koç, A. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 147-156.
- Temiz, G. ve Kaya, A. (2017). Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2(12): 1-6.
- Turgay G., Tural E. ve Sezer S. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(3): 311-316.
- Tükek, T., Arman, Y., Erdem, M.G., Toprak, İ.D. (2020). *İç Hastalıkları Uzmanları İçin Preoperatif Değerlendirme*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Türko, E.,(2020). *Diyaliz Hastalarında Arteriyovenöz Fistül Dehisinin Diyaliz Verimlilik Göstergesi Olan Kt/V Oranı ile Korelasyonu*.(Tıpta Uzmanlık Tezi). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi ,Van.
- Tüzün Özdemir S., Akyol A. (2019). Hemodiyaliz Hastalarına Arteriyovenöz Fistüle İlişkin Verilen Eğitim Özbakım Davranışlarını Etkiler mi?.*Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(2): 45-56.
- Yavuz, D., Yavuz, R. ve Altunoğlu, A. (2012). Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar. *Turkish Medical Journal*, 6(1): 33-37.
- Yeniçerioglu, Y., Güngör, Ö., Arıcı, M., (2019).*Temel Nefroloji*, Güneş Tıp kitapevleri, Ankara.Ss:3.
- Yılmaz, M. (2011). Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritüalite, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2): 61-70.
- Yılmaz, M. ve Karakoç, A. (2015). Böbrek Naklinde Alıcı ve Donörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2): 31-38.

EKLER

EK-1

Değerli katılımcılar,

Araştırma; hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşılması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek ve kişisel görüşlerinizi yansıtması önemlidir. Soruları size en yakın ve olan seçeneği işaretleyerek eksiksiz ve doğru cevaplamanızı bekliyor, çalışmaya olan değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ediyorum.

Emine HAS

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1-Yaşınız.....

2-Cinsiyetiniz.

- Kadın
 Erkek

3-Medeni durumunuz.

- Evli
 Bekar
 Dul

4-Öğrenim düzeyiniz.

- Okur-yazar değil
 İlköğretim
 Ortaöğretim
 Lise
 Lisans
 Yüksek lisans

5-Çocuk sayınız.

- Yok
 1
 2
 3
 4 ve üstü

6-Aile tipiniz.

- Çekirdek
- Geniş aile

7-Çalışıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

8-Kiminle yaşıyorsunuz?

- Ailemle
- Kardeşimle
- Bakıcım ile
- Yalnız
- Diğer (Açıklayınız)

9-Mesleğiniz.

- Emekli
- Memur
- Ev hanımı
- İşçi
- Serbest meslek

10-Ekonomik durumunuz.

- İyi
- Orta
- Kötü

11-Sosyal güvenceniz.

- Ücretli
- Emekli Sandığı
- Bağ-Kur
- SSK

12-Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- İyi
- Orta
- Kötü

13-Hemodiyaliz konusunda eğitim aldınız mı?

- Evet
- Hayır

14-Hemodiyaliz uygulamasına başlama zamanı:

15-Hemodiyaliz uygulamasına haftada kaç kez giriyorsunuz?

- 1 kez
- 2 kez
- 3 kez

16-Kronik hastalık varlığı.

- Diyabet
- Hipertansiyon
- Periferik Vasküler hastalıklar
- Kronik Kalp yetmezliği
- Diğer (Açıklayınız)

17-Hastalığınız aile ilişkilerini etkiledi mi?

- Evet
- Hayır

18-Aktiviteleriniz ile ilgili yardımcı olan kişi var mı?

- Evet
- Hayır

19-Cevabınız evet ise yardımcı olan kişiler

- Eş
- Çocuklar
- Kardeşler
- Anne/Baba
- Arkadaşlar
- Komşu
- Bakıcı

EK-2: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEK İZİNİ

Öz-Bakım Ölçeği Hk.

Gelen Kutusu

Emine HAS < [REDACTED]

8 May 2020
Cum 04:08

Alıcı: besey.oren

Sayın Besey Hocam Merhaba,

Ben Gelişim Üniversitesinde Öğretim Görevlisi olarak çalışıyorum, Sabahattin Zaim Üniversitesinde Yüksek Lisans yapıyorum. Tez danışman hocam Prof. Dr. Nefise BAHÇECİK. Tez konum ile ilgili, Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü çalışmayı planladık, bu nedenle sizin çalışmasını yaptığınız Öz-Bakım Ölçeğini kullanabilirmiyim. Bana bu konu hakkında yardımcı olursanız ve ölçeği bana gönderebilerseniz minnettar kalırım.

Teşekkürler

Saygılar.

Öğr. Gör.Emine HAS

BESEY OREN < [REDACTED]

13 May 2020
Çar 15:26

Alıcı: ben

Emine Hanım Merhaba,

Tez çalışmanızda geliştirmiş olduğum "kronik diyaliz hastalarında öz bakım gücü ölçeğini" kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçeğin türkçe formu doktora tezimde olup tez merkezinden tezime ulaşabilirsiniz. Ayrıca ekte size ölçeğin türkçesi ve ölçeğin yayınlandığı makaleyi yolluyorum.

Tezinizde kullandığınız yayınları atıf olarak kullanmanız gerekmektedir.

Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Besey Ören

Gönderen: Emine HAS < [REDACTED]

Gönderildi: 8 Mayıs 2020 Cuma 04:08

Kime: BESEY OREN < [REDACTED]

Konu: Öz-Bakım Ölçeği Hk.

EK-3: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtmek için yalnızca ‘‘X’’ işareti koyunuz.Araştırmanın amacına ulaşılabilmesi için,bütün ifadelere eksiksiz cevap verilmesi gerekmektedir.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Her zaman	Bazen	Hiç Bir Zaman
1.İlaçlarımı düzenli kullanırım.			
2. Tüm ilaçlarımın adını bilirim.			
3. İlaçlarım tükenmeden yedeğini hazırlarım.			
4. İlaçlarımı niçin kullandığımı ve yan etkilerini doktor/hemşireye sorarım.			
5. Tedavi şeklim ve kullandığım ilaçların cinsel yaşamım üzerine etkilerinin olup olmadığını doktora/hemşireye sorarım.			
6.Düzenli olarak doktor kontrolüne giderim.			
7. Her gün tartılırım.			
8. Bana önerilen beslenme düzenine uyarım.			
9. Bana, doktor/ hemşire tarafından önerilen kilomu korumaya çalışırım.			
10. Günlük almam gereken tuz, miktarına uyarım.			
11.Yemeklerime tuz ekerim.			
12. Tuzlu kuru yemiş, patates cipsi, mısır gevreği,hazır çorba ve et suyu tablet gibi yiyecekleri sık tüketirim.			
13. Her gün tansiyonumu ölçerim.			
14.Her gün nabzımı sayarım.			
15. Düzenli olarak dişlerimi fırçalarım.			
16. Düzenli duş yaparım.			
17. Tırnaklarımın daima kısa olmasına dikkat ederim.			
18. Kendimi önemserim.			
19. Yaşamaktan zevk alırım.			
20. Hastalıktan sonra aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getirmedeğimi düşünüyorum.			
21. Hastalıktan sonra iş ile ilgili kapasitemin düştüğünü düşünüyorum.			
22. Hastalandıktan sonra kendimi yalnız hissediyorum.			

EK-4: SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEK İZİNİ

Spirituel Bakım Ölçeği Hk.

Emine HAS < [REDACTED]

18 Mar 2020
Çar 13:46

Alıcı: gunayelif2011

Merhaba Hocam,

Ben Gelişim Üniversitesinde Öğretim Görevlisi olarak çalışıyorum,Sabahattin Zaim Üniversitesinde Yüksek Lisans yapıyorum.Tez konum ile ilgili,Hemodiyaliz hastalarında Spiritüel Bakım çalışacağım,bu nedenle sizin çalışmasını yaptığınız Spirituel Bakım Gereksinimleri Ölçeğini kullanabilirmiyim.Bana bu konu hakkında yardımcı olursanız ve ölçeği bana gönderebilerseniz minnettar kalırım.

Teşekkürler

Saygılar.

Öğr. Gör.Emine HAS

ÖLÇEK İZİN!

Gelen Kutusu

ELİF GÜNAY < [REDACTED]

19 Mar 2020
09:35

Alıcı: ben

Sayın Hocam,

Ölçeği araştırmanız da kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili bilgi aşağıda yer almaktadır. Ölçeğin maddelerini ekte gönderiyorum.

Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği, 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerde, hastaların potansiyel spiritüel bakım gereksinimleri yer almaktadır. Hastalardan her bir maddedeki spiritüel bakım gereksinimlerinin kendileri için gereklilik durumlarını 5’li likert tipte derecelendirmeleri istenmektedir. Değerlendirme ise, 1 = “Hiç gerekli değil”, 2 = “Gerekli değil”, 3 = “Farketmez”, 4 = “Gerekli”, 5 = “Kesinlikle gerekli” şeklindedir. Ölçek toplam puan ortalamasının artması, hastanın daha fazla spiritüel bakım gereksinimi olduğunu gösterir. Ölçek “anlam ve umut” (1-12, 14)ve “önemseme ve saygı” (13, 15-21) olmak üzere 2 bileşenden oluşmaktadır.

DR.ÖĞR.ÜYESİ ELİF GÜNAY İSMAİLOĞLU

İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI A.D.

EK-5: SPİRİTÜEL BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtmek için yalnızca “X” işareti koyunuz. Araştırma amacına ulaşılabilmesi için, bütün ifadelere eksiksiz cevap verilmesi gerekmektedir.

Spiritüel Bakım Gereksinimleri Ölçeği	Hiç gerekli değil	Gerekli değil	Fark etmez	Gerekli	Kesinlikle Gerekli
1.Dünya ile barış içinde olmak için rehberliğe,					
2.Kendimi ifade edebilmemde sanat ve yaratıcılığı kullanmak için rehberliğe,					
3.Doğa ile ilgilenmem için rehberliğe,					
4.Suçluluk duygusunun ortadan kaldırılmasına,					
5.Hayatın anlam ve amacını bulmak için rehberliğe,					
6.Hayatta sıkıntılarla karşılaştığımda hayatın anlamını bulmak için rehberliğe,					
7.İçinde bulunulan anı yaşamak için rehberliğe,					
8.Güven duymak için rehberliğe					
9.Manevi iletişime imkan sağlanması için rehberliğe,					
10.İç huzuru bulmak için rehberliğe ,					
11.Hayatta umutlu olmak için rehberliğe,					
12. Cesaretlendirilmeye,					
13.Bir ibadethane bulmak için rehberliğe,					
14.Bana iyilik duygusu kazandırılmasına,					
15.Bana destek ve güven verilmesine,					
16.Benimle etkileşim kurulmasına (karşılıklı konuşma, sohbet etme gibi),					
17.Bana ilgi gösterilmesine,					
18.Mahremiyetime ve onuruma saygı gösterilmesine,					
19.Bana dostluk ve kişilerarası ilişki kazandırılmasına,					
20.Korkularımı, endişelerimi ve sorunlarımı tartışmak ve keşfetmek için zaman tanınması ve dinlenilmesine,					
21.Dini ve kültürel inançlarıma saygı duyulmasına,					

EK-6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Prof.Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK ve Emine HAS tarafından yürütülen “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesidir. Araştırmada sizden tahminen 10-15 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya .mail.com e-posta adresi ve 0 numaralı telefonda ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından [REDACTED] oldu. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:Emine HAS

İmzası:

EK-7

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.03.2021-E.3510



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : E-34555043-770-3510
Konu : Eğitim İşleri (Genel)

İLGİLİ MAKAMA

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 520918080 numaralı öğrencisi Emine HAS'ın, Yüksek Lisans Tez konusu "Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi." olarak belirlenmiştir. Tez çalışması hakkında, bilgilerinize ve adı geçen söz konusu tez çalışmasını Özel Güneş Diyaliz Merkezi, Özel Arnavutköy Diyaliz Merkezi, Özel Rentek diyaliz merkezi ve Ahmet Ermiş Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Merkezinde veri toplayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

Mevcut Elektronik İmzalar

ALİ GÜNEŞ (Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü - Enstitü Müdürü) 08.03.2021 16:34

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BE5NF465* Pin Kodu : 56331
Adres : HaKaKa Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon : 44 49 79 8 Faks : 21 26 9 38 2 29
e-Posta : bilgi@izu.edu.tr Web : www.izu.edu.tr
Kep Adresi : izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Muhammet Yusuf Değer

Unvanı : Uzman

Tel No: +9021 2692 8857



EK-8: ETİK KURUL İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.03.2021-E.4051



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-4051

Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Emine HAS

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

"Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmanız kurulumuzun 26.02.2021 tarihli ve 2021/02 toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:Emine Has 1 adet onay belgesi (1 sayfa)

Mevcut Elektronik İmzalar

NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 18.03.2021 13:36

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BENUF6MJ* Pin Kodu :33561

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Adres:Halıbaşı Caddesi No: 281 Koçukçekmece/İstanbul

Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29

e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr

Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ

Unvanı: Yeminli Katip

Tel No: 2126929606



EK-9



Tarih : 10.03.2021

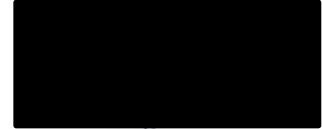
Konu: Eğitim işleri

Sayı :14

İLGİLİ KURUMA

■■■■■ numaralı öğrenciniz Emine HAS'ın Yüksek Lisans Tez konusu 'Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi' ile ilgili Tez için 26.02.2021 ile 26.04.2021 tarihleri arası merkezimizde veri çalışması yapmasına izin verilmiştir.

GENEL MÜDÜR



RENTAK DİYALİZ VE SAĞLIK HİZMETLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ

Şirinevler Mahallesi Mehmet Akif Ersoy Caddesi No: 2 İç Kapı No: 12 Bahçelievler/İstanbul

Tel: (0212) 552 48 48 -552 86 86 Fax: (0212) 552 44 16

www.rentek.com.tr • info@rentek.com.tr

EK-10



Tarih:20.03.2021
Sayı: 342

İLGİLİ MAKAMA

Konu: Emine Has Tcz Araştırması Hakkında

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı: [REDACTED] numaralı öğrencisi Emine HAS'ın, "Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi." Konulu Yüksek Lisans Tezi için çalışmalarını Türk Böbrek Vakfı İstanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi bünyesinde bulunan merkezimiz Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezinde 26.02.2021-26.04.2021 tarihleri arasında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarız.



Türk Böbrek Vakfı İstanbul Özel Memorial Hizmet Hastanesi ve Akhmet Ermiş Diyaliz Merkez İhtisadi İşletimidir.

Bahçelievler Mahallesi, Güneş 1 Sokak, No:4 E-5 Yanyol Üstü, 34180 Bahçelievler / İSTANBUL, Çağrı Merkezi: 444 8 111 Tel: (0212) 907 99 99 Pbx Faks: (0212) 908 06 37 www.hizmethastanesi.com - www.ihv.com.tr

EK-11

Özel GüneşDiyaliz Merkezi

İST/10/03/2021

İLGİLİ MAKAMA

26/02/2021-26/04/2021 tarihleri arasında [REDACTED] holu Emine HAS'ın 15 Temmuz mah. Gülbahar Cd. N:55/1 Bağcılar-İSTANBUL adresinde faaliyette bulunan Güneş diyaliz Merkezimizde "Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve Spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını yapması için izin verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla

[REDACTED]

EK-12

Özel Arnavutköy Diyaliz Merkezi

İST/10/03/2021

İLGİLİ MAKAMA

26/02/2021-26/04/2021 tarihleri arasında [REDACTED] nolu Emine HAS'ın Merkez mah. Şener sokak No:10 Arnavutköy-İSTANBUL adresinde faaliyette bulunan Arnavutköy diyaliz Merkezimizde "Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz-bakım gücü ve Spiritüel bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını yapması için izin verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederiz.

Saygılarımızla

[REDACTED]

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Emine	Soyadı	HAS
Uyruğu	T.C.	Medeni durumu	Evli
E-mail			

Öğrenim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	2021
Lisans	Gaziantep Üniversitesi Kilis Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksek Okulu	1999-2003
Lise	Tarsus Barbaros Hayrettin Lisesi	1996-1997

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Öğretim Görevlisi	İstanbul Gelişim Üniversitesi	2015-....
Diyaliz Hemşiresi	İstanbul Özel Güneş Diyaliz Merkezi	2007-2015
Diyaliz Hemşiresi	Mersin Tarsus Diyaliz Merkezi	2005-2007
Ortopedi Hemşiresi	Mersin Tarsus Özel Ömer Sayar Ortopedi Hastanesi	2004-2005